

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



FILOZOFICKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY
V PRAZE

Diplomová práce

Magdaléna Kolínová

Životní spokojenost u somaticky nemocných

Life satisfaction in somatic patients

Praha, 2014

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

Poděkování

Děkuji v první řadě PhDr. Tamaře Hrachovinové, CSc. za trpělivé, vstřícné a důsledné vedení mé diplomové práce, cenné podněty a rady, které bezesporu přispěly ke zvýšení její kvality a přehlednosti. Dále děkuji RNDr. Petrovi Boschkovi, CSc. za podstatnou konzultaci s nasměrováním k volbě vhodného přístupu ke statistickému zpracování dat.

Poděkování dále patří MUDr. Marii Skalské nejen za předání shromážděných dotazníků ke zpracování, ale i za konzultace a trpělivé zodpovídání mnoha mých dotazů a za poskytnutí související literatury. Další dík patří Renatě Zápotocké, lektorce STOB pořádající kurzy STOB v Lysé nad Labem, Čelákovících a Nymburce, za vstřícný přístup a poskytnutí prostoru k administraci dotazníků, a konečně všem respondentkám za jejich ochotu se nad dotazníky zamyslet a vyplnit je.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu, a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 2. 7. 2014

.....

Magdaléna Kolínová

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá hodnocením kvality života u osob s nadváhou a obezitou. Teoretická část pojednává o kvalitě života, problematice obezity a vybraných psychologických souvislostech. V empirické části jsou zpracovány dvě studie: 1. Studie u osob s nadváhou / obezitou podstupujících pohybovou intervenci ve formě chůze o délce až 1 rok, zahrnuje 24 účastnic. Bylo dosaženo významného vlivu intervence na kvalitu života podle dotazníků IWQOL-Lite, OWLQOL a WRSM. 2. Studie u osob s nadváhou / obezitou absolvujících základní kurz STOB o délce 12 týdnů, zahrnuje 17 účastnic. Bylo dosaženo významného vlivu intervence na kvalitu života podle dotazníků IWQOL-Lite, OWLQOL a WRSM. U této populace byla hodnocena i změna sebehodnocení podle RSE a změna vlastní účinnosti podle GSE, ani v jednom případě nebylo dosaženo statistické významnosti, je nicméně patrný trend ke změně podle RSE, resp. GSE.

Klíčová slova:

Životní spokojenost; kvalita života; obezita; pohybová intervence; STOB

Abstract:

The diploma thesis is focused on evaluating changes in quality of life in overweight and obese persons. The theoretical part discusses quality of life, various aspects of obesity and the most relevant psychological context. The empirical part includes two studies: 1. Study in overweight / obese persons undergoing physical activity intervention – walking, lasting up to 1 year, and covering 24 female participants. The intervention resulted in a significant effect on the quality of life, assessed using the following instruments: IWQOL-Lite, OWLQOL and WRSM. 2. Study in overweight / obese persons undergoing STOB basic intervention lasting 12 weeks, and covering 17 female participants. The intervention resulted in a significant effect on the quality of life, assessed using the following instruments: IWQOL-Lite, OWLQOL and WRSM. Changes in self-esteem and self-efficacy were also assessed in this population using the instruments: RSE and GSE, respectively. Statistical significance was not achieved in either of these cases, although a trend toward change could be seen according to RSE and GSE, respectively.

Keywords:

Life satisfaction; quality of life; obesity; physical activity intervention; STOB

Obsah:

ÚVOD	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1. KVALITA ŽIVOTA	12
1.1. OD HISTORIE DO SOUČASNOSTI.....	13
1.2. DEFINICE KVALITY ŽIVOTA.....	15
1.3. OSOBNÍ POHODA.....	19
1.4. VLASTNÍ ÚČINNOST	23
1.5. VLASTNÍ ÚČINNOST V PROCESU ZMĚNY.....	24
2. OBEZITA.....	29
2.1. HISTORICKÉ SOUVISLOSTI	29
2.2. PŘÍČINY OBEZITY	30
2.3. DEFINICE OBEZITY	32
2.4. ETIOPATOGENEZE OBEZITY	33
3. PSYCHOLOGICKÉ SOUVISLOSTI OBEZITY	39
3.1. HISTORICKÁ POJETÍ	39
3.2. PSYCHOANALYTICKÉ POJETÍ.....	41
3.3. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ ASPEKTY OBEZITY	42
3.4. TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ A OBEZITA.....	47
3.5. LÉČBA OBEZITY	50
II. EMPIRICKÁ ČÁST	57
4. VÝZKUMNÝ PROJEKT	57
4.1. DESIGN VÝZKUMU	58
4.2. STUDIE A.....	58

4.3.	STUDIE B	72
4.4.	DISKUSE	84
5.	ZÁVĚR.....	90
	LITERATURA.....	91
	VYBRANÉ ONLINE ZDROJE:	100
	PŘÍLOHY.....	101
	PŘÍLOHA Č. 1 – INTERVENČNÍ PROGRAM S CHŮZÍ.....	101
	PŘÍLOHA Č. 2 – ZÁKLADNÍ KURZ STOB.....	103
	PŘÍLOHA Č. 3 – BATERIE DOTAZNÍKŮ.....	108

Seznam obrázků:

Obrázek 1. Vnitřní rozměry člověka podle Balcara (převzato z Payne et al., 2005, s. 71)	13
Obrázek 2. Znázornění procesu zdravotního jednání (<i>health action</i>)	26
Obrázek 3. Tělesné typy žen a mužů podle Stunckarda a Sorensena (1983, podle Fialová, 2001)	40
Obrázek 4. Věkové složení populace A	61
Obrázek 5. Složení populace A z hlediska vzdělání (a) a charakteru zaměstnání (b)	61
Obrázek 6. Složení populace A z hlediska rodinného stavu (a) a dětí (b)	62
Obrázek 7. Skóry podle dotazníku IWQOL-Lite při vstupu do studie a po 20 týdnech intervence (škály: 1 – Fyzická kondice; 2 – Sebedůvěra; 3 – Sexuální život; 4 – Společenské vztahy a problémy na veřejnosti; 5 – Práce)	68
Obrázek 8. Skóry podle dotazníku IWQOL-Lite po 20 týdnech intervence a po 1 roce (škály: 1 – Fyzická kondice; 2 – Sebedůvěra; 3 – Sexuální život; 4 – Společenské vztahy a problémy na veřejnosti; 5 – Práce)	69
Obrázek 9. Věkové složení populace B	74
Obrázek 10. Složení populace B z hlediska vzdělání (a) a charakteru zaměstnání (b)	75
Obrázek 11. Složení populace B z hlediska rodinného stavu (a) a dětí (b)	75
Obrázek 12. Úvodní doporučení pro skladbu redukčního jídelníčku	106
Obrázek 13. Ilustrační zobrazení archu pro zapisování konzumovaných potravin	107

Seznam tabulek:

Tabulka 1. Tři aspekty SWB.....	17
Tabulka 2: Klasifikace obezity podle indexu BMI.....	32
Tabulka 3. Průměrný obsah základních živin v redukční dietě (plus doporučená denní dávka minerálů a vitamínů) (Kunešová et al., 2011).....	52
Tabulka 4. Základní demografické údaje o populaci A.....	59
Tabulka 5. Věková charakteristika populace A.....	60
Tabulka 6. Údaje o výšce, hmotnosti a BMI pro populaci A při zahájení studie a po 20 týdnech intervence	63
Tabulka 7. Popisná statistika BMI pro populaci A.....	64
Tabulka 8. Základní popis skóreů podle dotazníku IWQOL-Lite pro populaci A.....	67
Tabulka 9. Porovnání změny ve skórech jednotlivých škál dotazníku IWQOL-Lite.....	70
Tabulka 10. Základní popis skóreů podle dotazníků OWLQOL a WRSM pro populaci A.....	71
Tabulka 11. Základní demografické údaje o populaci B	73
Tabulka 12. Věková charakteristika populace B	74
Tabulka 13. Údaje o výšce, hmotnosti a BMI pro populaci B.....	76
Tabulka 14. Popisná statistika BMI populace B.....	77
Tabulka 15. Základní popis skóreů podle dotazníku IWQOL-Lite pro populaci B	80
Tabulka 16. Základní popis skóreů podle dotazníků OWLQOL a WRSM.....	81
Tabulka 17. Popisná charakteristika celkových skóreů škál RSE a GSE.....	82
Tabulka 18. Stručný popis základního kurzu STOB	103

Seznam použitých zkratek:

BCM	Body Cell Mass (celková buněčná hmota)
BDI	Beck Depression Inventory (Beckova sebesuzovací škála depresivity)
BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
CNS	Centrální nervová soustava
ECM	Extracellular Matrix (extracelulární matrix / mezibuněčná hmota)
GSE	General Self-Efficacy Scale (Dotazník obecné vlastní efektivity / vlastní účinnosti)
HBM	Health Belief Model (model přesvědčení o zdraví)
HDL	High Density Lipoprotein (vysokodenzitní lipoprotein)
HRQoL / HRQOL	Health-Related Quality of Life (kvalita života související se zdravím)
IDF	International Diabetes Federation (Mezinárodní diabetologická federace)
IS	interval spolehlivosti
IWQOL-Lite	Impact of Weight on Quality of Life – Lite (dotazník dopadu tělesné hmotnosti na kvalitu života)
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
LDL	Low Density Lipoprotein (nízkodenzitní lipoprotein)
LHK	krvní tlak měřený na levé končetině
MS	metabolický syndrom
OWLQOL	Obesity and Weight-Loss Quality of Life (dotazník subjektivně vnímané kvality života ovlivněné nadváhou)
PANAS	Positive and Negative Affect Schedule (nástroj ke zjištění pozitivní a negativní emocionality)
PGWS	Psychological General Well-Being Scale (škála subjektivní psychologické obecné pohody)
PHK	krvní tlak měřený na pravé končetině

QALY	Quality-Adjusted Life Years (kvalita upravených let života)
RA	rodinná anamnéza
RSE	Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenbergova škála sebehodnocení)
SCL-90R	Symptom Checklist 90 Revised (upravený dotazník přítomnosti patopsychologických a psychopatologických příznaků)
SF-36	Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (dotazník ke zjištění kvality života související se zdravím)
STOB	organizace STOB (STop OBezítě)
Studie A	Studie zabývající se zpracováním, popisem a vyhodnocením dat k disertační práci M. Skalské (podrobněji viz příloha č. 1)
Studie B	Studie zabývající se zpracováním, popisem a vyhodnocením dat ze základního kurzu STOB (podrobněji viz příloha č. 2)
SWB	Subjective Well-Being (subjektivní pohoda)
SWLS	Satisfaction with Life Scale (škála spokojenosti se životem)
SZÚ	Státní zdravotní ústav
TPH	tukuprostá hmotnost (existuje také anglická zkratka FFM neboli „Fat Free Mass“)
TRA	Theory of Reasoned Action (teorie logického, resp. odůvodněného jednání)
VLED / VLCD	Very Low Energy / Calorie Diet (velmi přísná nízkenergetická dieta)
WEL	Weight Efficacy Life-Style Questionnaire (dotazník míry vlastní účinnosti ve smyslu kontroly příjmu potravy)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
WHOQoL / WHOQOL	World Health Organization Quality of Life (nástroj Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života)
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life-BREF (nástroj Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života – zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100)
WHR	Waist to Hip Ratio (poměr obvodu pasu a boků)
WRSM	Weight-Related Symptom Measure (dotazník subjektivně pociťovaných potíží způsobených nadváhou)

Motto: Známkou nezralého člověka je, že chce kvůli něčemu podstoupit vznešenou smrt, zatímco známkou zralého člověka je, že chce kvůli něčemu v pokoře žít.¹

Úvod

Práce se zabývá problematikou životní spokojenosti a kvality života u obézních osob, resp. osob s nadváhou nebo obezitou různého stupně. Obezita v současnosti představuje palčivý problém v rozvinutých i rozvojových zemích. Její prevalence v posledních desetiletích setrvale stoupá, nejen u dospělých, ale i u dětí, a dosahuje charakteristik pandemie (Hainer et al., 2011). Podle WHO bylo v roce 1995 na světě 200 miliónů obézních, v roce 2000 to bylo 300 miliónů a v roce 2015 se předpokládá 700 miliónů obézních ve věku nad 15 let. S obezitou se často pojí zdravotní rizika, především se jedná o kardiovaskulární onemocnění, metabolický syndrom a diabetes mellitus 2. typu, s čímž souvisí zhoršená kvalita života i neúměrně rostoucí náklady na léčbu. Má ovšem i další dopady v rovině psychologické a sociální, mimo jiné související s neslučitelností obezity se současným ideálem krásy, zejména u žen, a obecně negativním přístupem k obézním.

Tato práce je pokusem o rozpracování složité problematiky kvality života v souvislosti s obezitou a psychologických aspektů, které se mohou na vzniku obezity podílet, i psychologických účinků, jichž může být obezita naopak příčinou. Dále zkoumá vliv intervenčních programů na obezitu samotnou, změnu zdravotních rizik a změnu, resp. zlepšení v oblasti životní spokojenosti, která zde představuje souhrn psychologických a sociálních změn dosažených prostřednictvím absolvování příslušného programu. Práce jednak potvrzuje pozitivní dopad hodnocených intervenčních programů, a jednak popisuje obtíže s jejich hodnocením v terénu a doporučení pro případný budoucí výzkum, včetně zhodnocení použitých výzkumných metod.

¹ Stekel; Kocourek, J. (1992). Horizonty psychoanalýzy. Edice psychoanalýza. Svazek 2. Praha: Psychoanalytické nakladatelství. s. 100

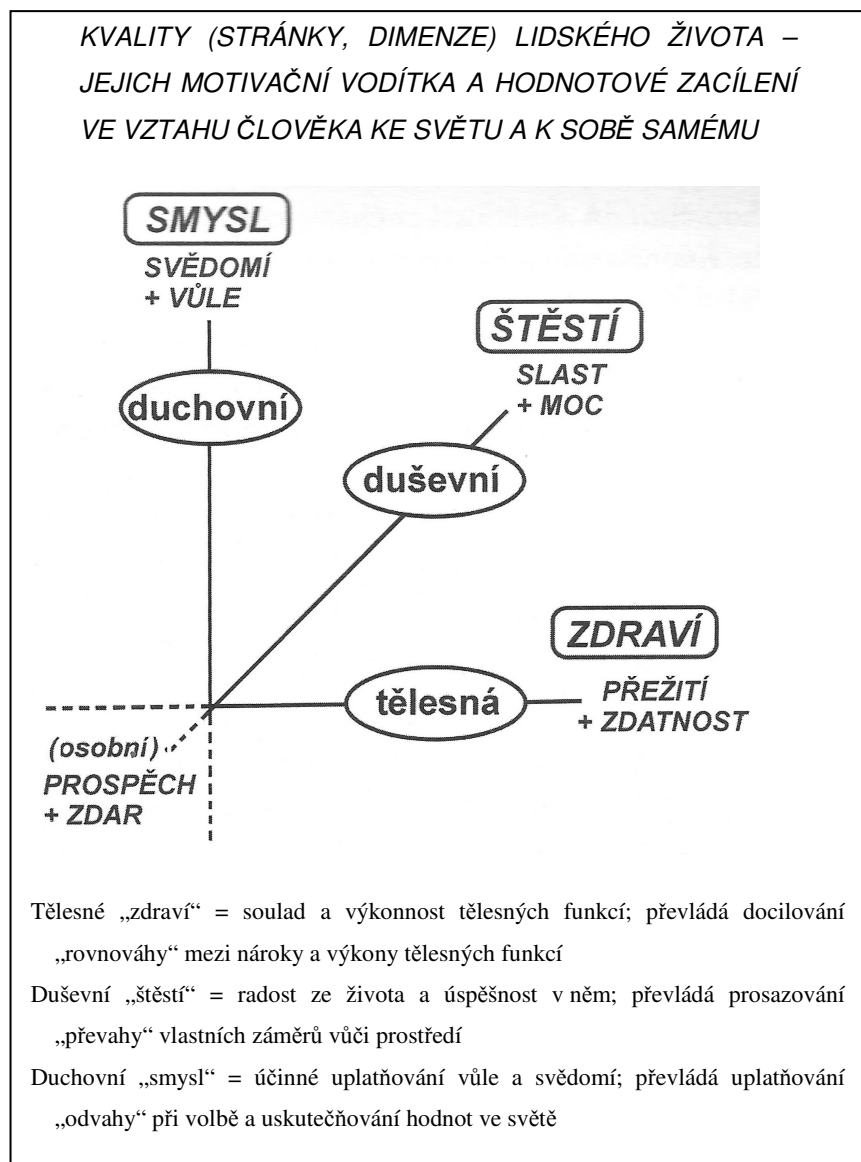
I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Kvalita života

Kvalita života se jako relativně nové téma předmětem výzkumu stala přibližně v roce 1960, nicméně zájem o studium tohoto fenoménu by bylo možné vysledovat již mnohem dříve, mimo jiné již u Aristotela a jeho pojmu eudaimonía (stav blaženosti včetně jeho mravní dimenze, ctnosti) (Heřmanová, 2012; Gillernová, Kebza a Rymeš et al., 2011; Kebza a Šolcová, 2003). Hlavním impulzem k jejímu výzkumu bylo značné materiální bohatství nejvyspělejších a nejbohatších zemí západní Evropy a USA a současně výrazná proměna hodnotových orientací spojená s rozšiřováním konzumního způsobu života obyvatel těchto zemí. Téma kvality života je příznačně zvýrazněno i v postmoderní, resp. postindustriální společnosti.

Balcar (podle Payne et al., 2005) vyjadřuje kvalitu (či kvality) lidského života za použití tří rozměrů – smysl, štěstí a zdraví (viz obr. 1).

Pojetí a chápání obsahu tohoto pojmu je interdisciplinární, lze se s ním setkat nejen typicky v medicíně, ale například i v psychologii, kulturní antropologii, ekonomii, politologii a dalších. Zároveň se jedná o pojem multidimenzionální: lze pod něj zahrnout pojetí materiální (existenciální), pojetí psychologické (pocity subjektivní pohody, radosti, úspěchu a moci, pocity štěstí, životní spokojenosti či otázka sebereflexe a sebehodnocení jedince), pojetí morální a další. Dosud neexistuje – a možná existovat ani nemůže – všeobecně přijímaná definice kvality života ani jednoznačný koncept tohoto pojmu, z čehož vyplývá její obtížná uchopitelnost, neboť pojem kvality života se přímo odvíjí od komplexního charakteru lidského života jako takového (Heřmanová, 2012).



Obrázek 1. Vnitřní rozměry člověka podle Balcara (převzato z Payne et al., 2005, s. 71)

1.1. Od historie do současnosti

Podle Křivohlavého (2001) lze za první práci zabývající se otázkou kvality života považovat práci Aristotela *Etika Nikomachova*. Nověji, ve 20. letech 20. století, se tento pojem poprvé objevil v souvislosti s úvahami o ekonomickém rozvoji a o úloze státu při podpoře nižších sociálních vrstev, kvalitou života se tedy rozuměla materiální životní úroveň určité společnosti. Původně souvisel s diskutováním zejména vlivu státních financí. V 60. letech, resp. v poválečné době se tento termín opět objevil v politickém kontextu v USA, kdy tehdejší americký prezident Johnson v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života za cíl své domácí politiky, a v 70. letech jej následoval německý politik Willy Brandt

s obdobným cílem (Payne et al., 2005). Ve stejné době byl rovněž termín kvalita života poprvé použit pro výzkumné účely, a sice v souvislosti se sociologickým trendem zaměřeným na monitorování dopadu společenských změn na život lidí, tzv. výzkum „*Social Indicators*“ (Campbell et al., 1976; rovněž viz Payne et al., 2005, s. 206). Do psychologie tento pojem koncem 30. let 20. století zavedl Thorndike (Heřmanová, 2012). Největší rozmach výzkumů kvality života, životního stylu i hodnotových orientací nastoupil zejména ve druhé polovině 90. let 20. století. Lze obecně říci, že studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí (Payne et al., 2005).

Různé koncepce kvality života člení kvalitu života do různého počtu dimenzí neboli oblastí (Mandincová, 2011). Významným impulzem pro soudobé pojetí kvality života a jejího vztahu k lidskému zdraví byl koncept salutogeneze [Antonovsky (Antonowski), 1987; Payne et al., 2005, s. 207]. Podle předpokladu organizace WHO (projekt WHOQoL, viz např. Mandincová, 2011), která vznikla v roce 1948, a podle jejíž definice zdraví je podstata zdraví formulována jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze jako nepřítomnost nemoci nebo slabosti (viz např. Gillernová, Kebza a Rymeš et al., 2011), se na kvalitě života podílí šest oblastí zahrnujících různých počet ukazatelů: 1. tělesné zdraví, 2. psychické funkce, 3. úroveň nezávislosti, 4. sociální vztahy, 5. prostředí, 6. spiritualita a osobní přesvědčení. Kováč (2001) se na tomto základě pokusil formulovat vlastní tříúrovňový model kvality života, jehož vrcholem je smysl života, který je pojmán jako systémový psychický regulátor chování. Dalším ze známějších modelů je torontský model kvality života (viz např. Heřmanová, 2012; Gillernová, Kebza a Rymeš et al., 2011), který byl vypracován na Torontské univerzitě, a který je založen na třech životních doménách (tzv. *being* – podstata lidské existence; *belonging* – vztahy k sociálnímu prostředí; *becoming* – rozvoj sebe sama), z nichž každá obsahuje tři subdomény, a které jsou podrobněji popsány na <http://www.utoronto.ca/qol>. Jako další lze jmenovat holistický dynamický model kvality života, který navrhli O’Leary a García-Martín (2007). Souhrn všech oblastí měřených dotazníky kvality života uvádějí autoři Dragomirecká a Škoda (1997): 1. zdravotní stav (fyzické a psychické zdraví, nezávislost, celkové zdraví), 2. každodenní aktivity (bydlení, denní režim, sebeobsluha, práce, jídlo), 3. sociální oblast (blízké i širší vztahy, socioekonomická pozice), 4. vnitřní realita (spokojenost, vnitřní zkušenost, seberozvoj, bezpečí, sebehodnocení, kontrola).

1.2. Definice kvality života

Ve shodě s různými pojetími kvality života existuje i řada různých definic, neexistuje nicméně ani jedna, která by byla v průběhu posledních třiceti let všeobecně akceptována (Payne et al., 2005). Za nejstarší lze považovat definici zdraví, kterou již v roce 1948 navrhla a přijala Světová zdravotnická organizace (WHO). Tato definice uvádí, že (jak je již stručně zmíněno výše) „zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody (*well-being*)“ (Heřmanová, 2012, s. 32). Tato definice se významově přibližuje dnešnímu chápání subjektivní kvality života, ačkoliv nevýhodou je její abstraktnost a relativnost. Vývoj konceptualizace kvality života je přehledně znázorněn v publikaci E. Gurkové (2011, s. 29), podle níž může být kvalita života chápána:

1. Ve významu objektivních podmínek – životní podmínky, zdravotní stav (kvalita života) se odrážejí v subjektivní reflexi vnějších podmínek
2. Ve významu subjektivní reflexe objektivních podmínek – životní podmínky, zdravotní stav se odrážejí v subjektivní reflexi vnějších podmínek (kvalita života)
3. Ve významu jednoty životních podmínek a jejich subjektivní reflexe – životní podmínky, zdravotní stav a subjektivní reflexe vnějších podmínek se odrážejí v kvalitě života.

Podle Payne et al. (2005) existují pouze dvě dimenze konceptu kvality života, přičemž je stále otázkou, jak tyto dvě úrovně souvisejí, a jak by tedy kvalita života měla být nejlépe měřena:

1. Subjektivní – týká se lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem.
2. Objektivní – znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.

Z hlediska individuální kvality života se uplatňují tři konceptualizační a metodologické přístupy (Hnilicová, 2005; Gurková, 2011): psychologický, sociologický a medicínský (zdravotnický). V sociologickém pojetí kvality života jsou zdůrazňované atributy sociální úspěšnosti a subjektivní pocit jednotlivce ve vztahu k nim. V psychologickém přístupu mají přední význam pojmy jako pohoda, štěstí, spokojenost, *flow* fenomén, sebeaktualizace, smysl života a další. V medicínském přístupu jsou hlavními hledisky zdraví a funkční stav.

V 70. letech vznikly tři rozdílné alternativní konceptualizace individuální kvality života (v rámci ekonomických, medicínských a sociálních věd), což vedlo k vytvoření tří odlišných forem jejího měření (Cummins a Lau, 2006; Gurková, 2011):

1. Kvalita upravených let života (Quality-Adjusted Life Years neboli QALY) – produkt vytvořený ekonomickými disciplínami v součinnosti s medicínskými
2. Subjektivní pohoda (Subjective Well-Being neboli SWB) – produkt sociálních věd
3. Kvalita života související se zdravím (Health Related Quality of Life, HRQoL) – produkt medicínských věd.

SWB je psychologický pojem aplikovaný v rámci psychologických výzkumů kvality života. Podle Šolcové a Kebzy (2004) se SWB v psychologii používá k hodnocení kvality života jako celku. Přístupy k SWB se ovšem stejně jako přístupy ke kvalitě života setkávají s nejednoznačností a rozdílností. Často je vyjadřován opisně, ve vztahu k dalším příbuzným pojmům, v souvislosti s kvalitou života mimo jiné k pojmům pohoda (*well-being*) a psychologická pohoda (*psychological well-being*).

Pohoda se do popředí dostala v souvislosti s rozvojem pozitivní psychologie (Seligman, Csikszentmihalyi, 2000; Gurková, 2011; Křivohlavý, 2004) a s jejím zaměřením na pozitivní aspekty lidské existence – jde tedy o komplexní pojem, jenž integruje tělesnou, psycho-spirituální a sociální dimenzi života. Šulcová a Kebza (2004) nicméně upozorňují, že pohoda se často používá ve smyslu duševní pohody, a na označení pohody tělesné se používají jiné pojmy, např. *wellness*, *fitness*. Navrhují pro pojem pohoda používat jeho ekvivalent – osobní pohodu, který zahrnuje všechny tři zmíněné dimenze.

SWB lze chápat z hlediska tří aspektů – rozlišení mezi afektivní a kognitivní složkou, pozitivním a negativním afektem, a konečně krátkodobě a dlouhodobě trvajícím hlediskem (Sirgy, 2002), jejichž vztah je uveden v následující tabulce 1 (Gurková, 2011, s. 35).

Podle Džuky (2004) lze v současnosti identifikovat čtyři proudy, které se týkají výzkumu kvality života a SWB, jsou to: oddělení chápání obou konstruktů, chápání SWB jako součásti multidimenzionálního konstruktů kvality života, chápání SWB jako subjektivního indikátoru kvality života, a konečně ztotožňování obou konstruktů. Podle International Wellbeing Group (2006, podle Gurková, 2011; rovněž online <http://www.deakin.edu.au/research/acqol/iwbg/>) je kvalita života jednak objektivní, a jednak

subjektivní, a každá z těchto oblastí je agregátem sedmi domén – zdraví, materiální pohody, práce / produktivní aktivity, komunity a emocionální pohody, sociálních / rodinných vztahů, bezpečnosti. Objektívni domény přitom obsahují kulturní relevantní ukazatele objektivní pohody a subjektivní domény zahrnují spokojenost v rámci jednotlivých domén, přičemž je akceptovaná individuální důležitost jednotlivých domén pro život jednotlivce. Součástí obou konstruktů – kvality života a SWB – je přitom spokojenost se životem. Lze usuzovat (Gurková, 2011), že právě z této skutečnosti pramení důvod alternativního používání obou pojmů. Naopak podle Džuky (2004) lze kvalitu života a SWB naplnit různým obsahem – kognitivní komponentu SWB je možné ztotožnit se subjektivní kvalitou života.

Tabulka 1. Tři aspekty SWB

	Afektivní	Kognitivní
Pozitivní	Nahromaděné příjemné emoce (krátkodobé) a prožívání pocitu štěstí (dlouhodobé)	Pozitivní hodnocení životních událostí (krátkodobé) a životních oblastí (dlouhodobé)
Negativní	Nahromaděné nepříjemné emoce (krátkodobé) a depresivní prožívání (dlouhodobé)	Negativní hodnocení životních událostí (krátkodobé) a životních oblastí (dlouhodobé)

Kvalita života ve smyslu HRQoL se zkoumá od 70. let 20. století (Gurková, 2011). Hnacími faktory jsou: farmakoekonomický, vyplývající z potřeby hodnocení finanční nákladnosti a efektivity léčby, a dále úsilí komplexně dokladovat klinickou úspěšnost léčby neboli dopad terapeutických intervencí na zdravotní stav pacienta. Jedná se o změny, které lze popsat jako odklon od zaměření na chorobu k důrazu na subjektivní prožívání pacienta, od prodloužení délky života ke zlepšení jeho kvality, od konvenční symptomatiky k běžnému dennímu fungování pacienta. Samotný koncept HRQoL (WHOQOL Group, 1998; Centers for Disease Control and Prevention, 2000) se začal používat od 80. let a jako první jej použili Kaplan a Bush v roce 1982 (Gurková, 2011). Samotný vývoj HRQoL byl přitom usměrňován především tvorbou a rozvojem nástrojů jejího měření.

Nejprve vznikaly generické nástroje měření HRQoL, pozdější z nich zdůrazňovaly nejen fyzickou, ale také psychickou, sociální a existenciální dimenzi zdraví. Za všechny lze

jmenovat dodnes hojně používané nástroje, především v klinických hodnoceních: *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form* (známý pod zkratkou SF-36) a EuroQoL (EQ-5D; <http://www.euroqol.org/>), které jsou v současnosti považovány za tzv. zlatý standard měření kvality života (Gurková, 2011). V reakci na hojné využívání nástrojů měření zdravotního stavu jako nástrojů kvality života vznikl v rámci Světové zdravotnické organizace (WHO) nástroj známý pod zkratkou WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*), jenž byl vytvořen s cílem překonat chápání kvality života ve významu subjektivního vnímání zdraví a denních aktivit (Dragomirecká, 2006).

V souvislosti s kritikou generických nástrojů začaly být expanzivně vytvářeny rovněž nástroje specifické, které vznikaly za účelem měření HRQoL ve specifických populacích pacientů, a jejichž tvorba vycházela ze spolupráce zdravotnických profesionálů a odborníků z oblasti psychologických věd. Rozvoj konceptuálních modelů HRQoL přitom následoval až v 90. letech. V této souvislosti je zajímavá práce autorů Taillefer et al. (2003), kteří vytvořili systematický přehled modelů HRQoL publikovaných v letech 1965 až 2001. Zmínění autoři v tomto přehledu analyzovali konceptuální a metodologická východiska 68 modelů HRQoL a docházejí mimo jiné k závěru, že konceptualizace HRQoL chyběla u 25% z těchto modelů (podrobněji viz také Gurková 2011, s. 43). V současnosti je dostupný výběr různých nástrojů měření HRQoL pro široké spektrum onemocnění, vhodným zdrojem je internetová databáze PROQOLID (*Patient – Reported Outcomes and Quality of Life Instrument Database*) (PROQOLID, 2013). Podle autorek Haase a Braden (2003) by se nicméně další vývoj v oblasti konstruktů HRQoL měl více zaměřit na konceptuální aspekty než na tvorbu dalších nástrojů jejího měření.

Podle Padilly et al. (1992) je kvalita života nejčastěji operacionalizovaná prostřednictvím kognitivní komponenty – spokojenosti / nespokojenosti se životem. Přitom ve většině definic spokojenost vyplývá jednak z diskrepance / rozporu mezi tím, co je, a co může (nebo by mohlo) být (Padilla et al., 1992; Gurková, 2011), a dále z naplnění životních cílů a využití možností (Barnard et al., 2007). Výběr významných definic kvality života je rovněž uveden v publikaci Gurkové (2011, s. 50). Podle Gurkové (2011) je nejčastěji citovanou definicí kvality života v medicíně a ošetrovatelství definice vytvořená skupinou WHOQOL, v níž kvalita života vyjadřuje to, „... jak lidé vnímají svoje místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům“ (WHOQOL Group, 1998; citováno podle Gurkové, 2011).

Z hlediska psychologického pojetí se podle Payne, et al. (2005) koncept kvality života a relevantní výzkumy vztahují ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. V psychologii lze vysledovat následující podoby konceptualizace toho, co se pod pojmem kvalita života chápe (Payne et al., 2005):

1. Spokojenost se životem – tj. co činí lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů, které ke spokojenosti přispívají, a také jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí.
2. Prožívaná subjektivní pohoda (*subjective well-being*), štěstí (*happiness, flow*) – přičemž je kladen důraz na všeobecné hodnocení kvality života jako takového.

Výše použitý termín subjektivní pohoda, s nímž se dosud pracovalo a pracuje nejvíce, má dimenzi kognitivní a emocionální. Dimenze kognitivní představuje především racionální hodnocení vlastního života, tedy jak jsme s vlastním životem spokojeni nebo nespokojeni. Dimenze emocionální popisuje citové prožívání a převažující typ emocí. V rámci této dimenze se zjišťuje, jaké je celkové emoční naladění dané osoby, zda u ní mají převahu pozitivní nebo negativní citové reakce. I zde nicméně platí, že pojem subjektivní pohoda ani další příbuzné koncepty nejsou v psychologické literatuře jednotně pojímány (Payne et al., 2005). Pro měření kognitivních i emočních aspektů kvality života existuje řada nástrojů, za všechny lze jmenovat následující podle Payne et al. (2005): Pro měření kognitivních aspektů je to například škála spokojenosti se životem (SWLS; *Satisfaction With Life Scale*) ve Smékalově překladu; škála PGWS (*Psychological General Well-Being Scale*). Pro měření emočních aspektů existují standardizované škály výskytu kladných a záporných emocí, například PANAS (Watson et al., 1988; viz také Payne et al., 2005, s. 210).

Rovněž podle Gillernové, Kebzy a Rymeše et al. (2011) představují nejčastěji používanou metodu měření kvality života dotazníky, které se dělí na dotazníky obecné (například *Short-Form Health Subject Questionnaire* (SF-36), WHOQOL-100, WHOQOL-BREF a další) a dotazníky specifické, zaměřené na zjišťování kvality života u pacientů s určitým konkrétním onemocněním, duševním či somatickým.

1.3. Osobní pohoda

Osobní pohoda (*well-being*) bezesporu patří mezi významné složky zdraví. Tento pojem je zakotven především v definici zdraví WHO z roku 1948 a rozlišuje tělesné, duševní

a sociální dimenze prožitku osobní pohody. Z psychologického hlediska lze osobní pohodu řadit na pomezí mezi afekty, nálady a osobnostní rysy, nicméně jelikož v rámci utváření osobní pohody jde i o průběžně se odehrávající hodnotící vztahy, obsahuje také důležitou komponentu postojovou (Kebza, 2005). Nástroje vytvořené k posílení osobní pohody typicky obsahují míry pozitivní afektivity a životní spokojenosti (*life satisfaction*) (Kebza, 2005).

1.3.1. Dimenze osobní pohody

Autorky Ryff a Keyes (1995) strukturují osobní pohodu do šesti základních dimenzí [obdobné členění je rovněž uvedeno v publikaci Kebzy, (2005) a v publikaci Křivohlavého (2004)]:

1. Sebe přijetí (*self-acceptance*) – pozitivní postoj k sobě, spokojenost se sebou samým, přijetí různých aspektů sebe, dobrých i špatných vlastností, srovnání s vlastní minulostí
2. Pozitivní vztahy s druhými – uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhých, schopnost empatie
3. Autonomie – nezávislost a sebeurčení, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých, schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor a jednání
4. Zvládání životního prostředí (*environmental mastery*) – pocit kompetence při zvládání každodenních nároků
5. Smysl života (*purpose in life*) – cílesměrnost, pocit, že minulý i přítomný život má smysl, směřování k dosažení cílů
6. Osobní rozvoj (*personal growth*) – pocit trvalého vývoje, otevřenost novému, nepřipouštění si nudy a pocitu stagnace, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já a chování.

K výše uvedeným dimenzím osobní pohody se úzce váže rovněž schopnost prožitku naděje (*hope*). Teoretické pojetí naděje, jehož základem je respektování cílesměrnosti lidského jednání, vytvořil Snyder (2000). Podle jeho pojetí zahrnuje naděje tři základní komponenty (Křivohlavý, 2004):

1. Osobní cíl – zaměření člověka na určitý předmět / činnost / cíl, kterého chce dosáhnout

2. Cesta – případně cesty vedoucí k vytyčenému cíli, Snyder používá termín myšlení o cestách (*pathway thinking*)
3. Snaha – motivace neboli hnací síla, která člověka podněcuje k tomu, aby cestu nastoupil a ve svém pohybu pokračoval navzdory všem těžkostem; Snyder používá termín energizující působení (*agency*).

Snyder posléze došel k následující definici naděje: „Naděje je souhrnem vnímaných schopností nacházet cesty k vytyčeným cílům a vnímanou snahou těchto cest použít“ (Snyder, 2002; citováno podle Křivohlavý, 2004, s. 18).

Ukazuje se, že člověk je schopen snášet řadu útrap a příkoří a značnou míru fyzické i psychické bolesti, poškození zdraví, sociálního úpadku i ponížení, uchová-li si naději, tedy je-li schopen věřit, že „bude líp“ (Kebza, 2005). Základem naděje je pozitivně laděná emoční charakteristika, která souvisí s konstelací osobnostních dispozic psychické odolnosti, jež pravděpodobně obsahuje i složku habituální a situační, procesuální (Kebza, 2005). Z hlediska analýzy složek lidského jednání umožňujících prožitek naděje jsou uváděny tři hlavní komponenty: cíl a zaměřenost jednání, cesty a způsoby jeho realizace, úsilí umožňující tuto realizaci naplnit (Snyder, 2002; Kebza, 2005).

Významným prvkem zkoumání naděje je její „vadnutí“ v situaci, kdy se na cestě k vytyčenému cíli objeví překážka, která pokračování v cestě znesnadňuje či znemožňuje. Sled etap vadnutí naděje lze podle Křivohlavého (2004, s. 33) popsat takto:

1. Naděje
2. Zlost, vztek, řádění, agresivita až zuření
3. Skleslost, zoufalství, beznaděj
4. Otupělost, netečnost, nevšímavost, lhostejnost (apatie)

Tyto fáze mohou nastávat u osob silné i slabé naděje (Křivohlavý, 2004), protože i člověk se silnou nadějí má svoji hranici. Vyplývá z nich důležitost povzbuzování naděje, resp. hledání způsobů, jak naději posilovat a tím člověku (sobě či druhému) pomoci v pokračování v cestě k cíli. Předpoklady úspěšného posilování nadějného snažení vypracoval Snyder (2002). V publikaci Křivohlavého (2004) je na straně 37 popsán přehled základních principů péče o zlepšování naděje, z nichž principem významným pro téma této diplomové práce je

především první krok na cestě posilování naděje, který je soustředěn na kognitivní oblast – nastolení změny v myšlení daného člověka. Přitom nejde ani tak o prověření (změnu) cíle, k němuž se daný člověk upíná, ale spíše o zvažování vhodnosti zvolených cest (zvláště při jejich zablokování), hledání alternativních cest (způsobů řešení) a hledání energizujících motivačních zdrojů (jejich posilování). Existují i další pojetí naděje, která přehledně uvádí Krivohlavý (2004, s. 58). Z hlediska aktuálního kontextu lze zmínit např. Seligmanovo pojetí optimismu a Bandurovo pojetí vnímané osobní zdatnosti (či vlastní účinnosti – *self-efficacy*).

Jako protipól naděje lze v daném kontextu uvést koncepci naučené bezmocnosti (*learned helplessness*) (viz např. Seligman, 2003; Seligman a Csikszentmihalyi, 2000; Krivohlavý, 2004; Kebza, 2005), která poskytla nový pohled na vysvětlení ztráty motivace a aktivity vůči nepříjemným podnětům, působícím za málo ovlivnitelných či neovlivnitelných okolností. U člověka se potvrdilo, že příznaky naučené bezmocnosti se objevují významně častěji tehdy, jsou-li doprovázeny spíše vnitřními okolnostmi neboli nevhodnými osobnostními předpoklady, které mají relativně stálý nebo alespoň dlouhodobý ráz a fakticky či zdánlivě ovlivňují více oblastí života (Kebza, 2005). Seligman následně (např. Seligman, 2003; Kebza, 2005) rozvíjel myšlenku cíleného výcviku člověka v dovednostech konstruktivního zvládání stresu a deprese na základě koncepce naučeného optimismu, která vychází z modelu ABCDE. Tento model vyjadřuje symboliku posloupnosti abecedně seřazených prvních písmen slov vyjadřujících sled úkonů, prožitků a chování, jež na sebe navazují v nepříznivých situacích (Kebza, 2005, s. 72): A: s nepříznivou událostí (*A = adversity*) jsou spojeny většinou i nepříznivě laděné prožitky a B: přesvědčení (*B = beliefs*) a C: důsledky těchto prožitků, přesvědčení a názorů (*C = consequences*). D: v následné rozpravě o těchto prožitcích a jejich důsledcích (*D = disputation*) je třeba realisticky zhodnotit skutečný význam původní události, přehodnotit dopad potenciálních i reálných důsledků pro další život a E: navázat na tyto závěry možnou aktivizací a optimistickým pohledem do budoucna (*E = energization*).

Z hlediska medicíny je pojem osobní pohody (*well-being*) kromě výše uvedené psychologické podstaty spojen i s komplexně založeným pojetím životního stylu, jež zahrnuje řadu rizikových i protektivních faktorů. Vliv životního stylu na zdraví včetně duševní pohody představuje velmi aktuální problém mimo jiné i proto, že procento úmrtí způsobených nevhodnými složkami životního stylu v civilizovaných zemích značně stoupá (Kebza, 2005).

Významnou dimenzí komplexu osobní pohody (*well-being*) je rovněž tělesná zdatnost (*wellness, fitness*), přičemž zájem je věnován zejména vlivu pohybové aktivity na osobní pohodu či její komponenty. Pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý příznivý účinek na psychickou pohodu a především má příznivý vliv na sebeúctu, úzkost, depresi, napětí a vnímání stresu, což platí u zdravých i nemocných osob a u dospělých i adolescentní populace (Kebza, 2005).

1.4. Vlastní účinnost

Pojem vlastní účinnosti (*self-efficacy*) vyjadřující víru ve vlastní schopnosti a v možnost je uplatnit (a potažmo pojem *outcome expectations* vyjadřující přesvědčení, že určité chování povede k určitému výsledku) je spojen s teorií sociálního učení, kterou do podoby sociálně kognitivní teorie formuloval americký sociální psycholog A. Bandura. Při úvahách o vlastní účinnosti lze vycházet z toho, že lidé odedávna usilovali a usilují o kontrolu nad událostmi, které ovlivňují jejich život (Bandura, 1986). Tím, že dokáží ovlivňovat oblasti, které mohou mít v určité míře pod kontrolou, získávají schopnost realizace žádoucí budoucnosti či zvládat budoucnost nežádoucí. A. Bandura ve své teorii vykládá lidské chování z pozic tzv. triadického recipročního determinismu. Tento pojem vyjadřuje vzájemné působení tří hlavních skupin faktorů: chování, vnitřních osobnostních dispozic a vnějšího prostředí (Kebza, 2014). V rámci zmíněné teorie je obsah pojmu vlastní účinnosti chápán jako důvěra ve vlastní schopnosti neboli jako sebeuplatnění (Janoušek, 1992), které umožňuje ovlivňování uvedených determinant člověkem. Podle A. Bandury ovlivňuje myšlenkové vzorce, jednotlivé prováděné aktivity, dále emocionalitu, zejména v kontextu celkového emočního vzrušení a aktivace (*arousal*), a je považováno za základ nového chování. Bandurova koncepce se stala základem mnoha úspěšných intervenčních a preventivních programů. Pro doplnění je nutno uvést, že teorie A. Bandury představuje významný přínos k dalším modelům změn chování, jako je například tzv. *health belief model* (HBM) z 50. let 20. století (Becker, 1974) nebo teorie logického, resp. odůvodněného jednání (*Theory of Reasoned Action*, TRA) z 80. let (Ajzen a Fishbein, 1980). K dalšímu vývoji teorie a praxe změn chování významně přispěli další autoři, za všechny lze uvést jméno J. O. Prochasky, který se spolupracovníky představil koncepcí „*self-change*“ (Prochaska a DiClemente, 1983) (podrobněji viz také Kebza, 2005, s. 45-47). Koncept vlastní účinnosti nachází mimo jiné

bohaté použití ve sportu při rozvoji dovedností sportovců, sportovních týmů i trenérů, viz např. Feltz, Short a Sullivan (2008), což ovšem již přesahuje rámec této práce.

Vlastní účinnost byla zkoumána též ve vztahu k příjmu potravy. V České republice se touto problematikou například zabývaly autorky Kintrová a Schneiderová (2010). Hodnotily vlastní účinnost jako jeden z kognitivních faktorů, u kterého byl prokázán vztah k tělesné hmotnosti a jejím změnám (Bernier a Avard, 1986). Ve vztahu k nadváze a obezitě bylo zjištěno, že vyšší vstupní hodnota tohoto parametru zpravidla předurčuje vyšší hmotnostní úbytek během terapie. Autorky použily dotazník WEL (*Weight Efficacy Life-Style Questionnaire*) (Clark et al., 1991). Tento dotazník je v zahraniční literatuře často používaným nástrojem (autorky použily český dotazník, jehož původní verzi přeložila Iva Málková), a jako respondentky využily dobrovolné účastnice kurzu STOB. Autorky potvrdily, že dotazník WEL je reliabilním nástrojem, nepodařilo se jim nicméně prokázat, že velikost vstupní vlastní účinnosti vztahující se k příjmu potravy koreluje s velikostí hmotnostního úbytku, a že je tudíž vhodným faktorem pro predikci změny tělesné hmotnosti. Zjistily nicméně významné snížení tělesné hmotnosti v souvislosti se zvýšením celkového skóru dotazníku WEL.

1.5. Vlastní účinnost v procesu změny

Již jen samotné rozhodnutí o změně je pro většinu lidí obtížné, a ještě těžší je nastartované změny udržet, objeví-li se svody k návratu k původnímu stavu (Schwarzer a Fuchs, 2002). Podle sociálně kognitivní teorie (Bandura, 1986; Janoušek, 1992) jsou lidská motivace a jednání v rozsáhlé míře regulovány osobním předjímáním (*forethought*). Tento anticipační regulační mechanismus zahrnuje tři typy očekávání: a) očekávání situačního výstupu, kdy jsou důsledky produkovány událostmi prostředí nezávisle na osobním jednání, b) očekávání výstupu z jednání, kdy výstupy vyplývají z osobního jednání, a konečně c) vnímaná osobní účinnost (*perceived self-efficacy*), která se týká přesvědčení (*beliefs*) člověka o jeho schopnostech realizace průběhu jednání, jež je požadováno pro dosažení žádoucího výstupu.

Pravděpodobnost, že si lidé osvojí ceněné chování z hlediska zdraví (například tělesné cvičení), nebo že zanechají škodlivého návyku (například kouření), může záviset na třech souborech poznání (Schwarzer a Fuchs, 2002): a) očekávání, že člověk je vystaven riziku, b) očekávání, že behaviorální změna by vedla ke zmírnění hrozby, a dále c) očekávání, že

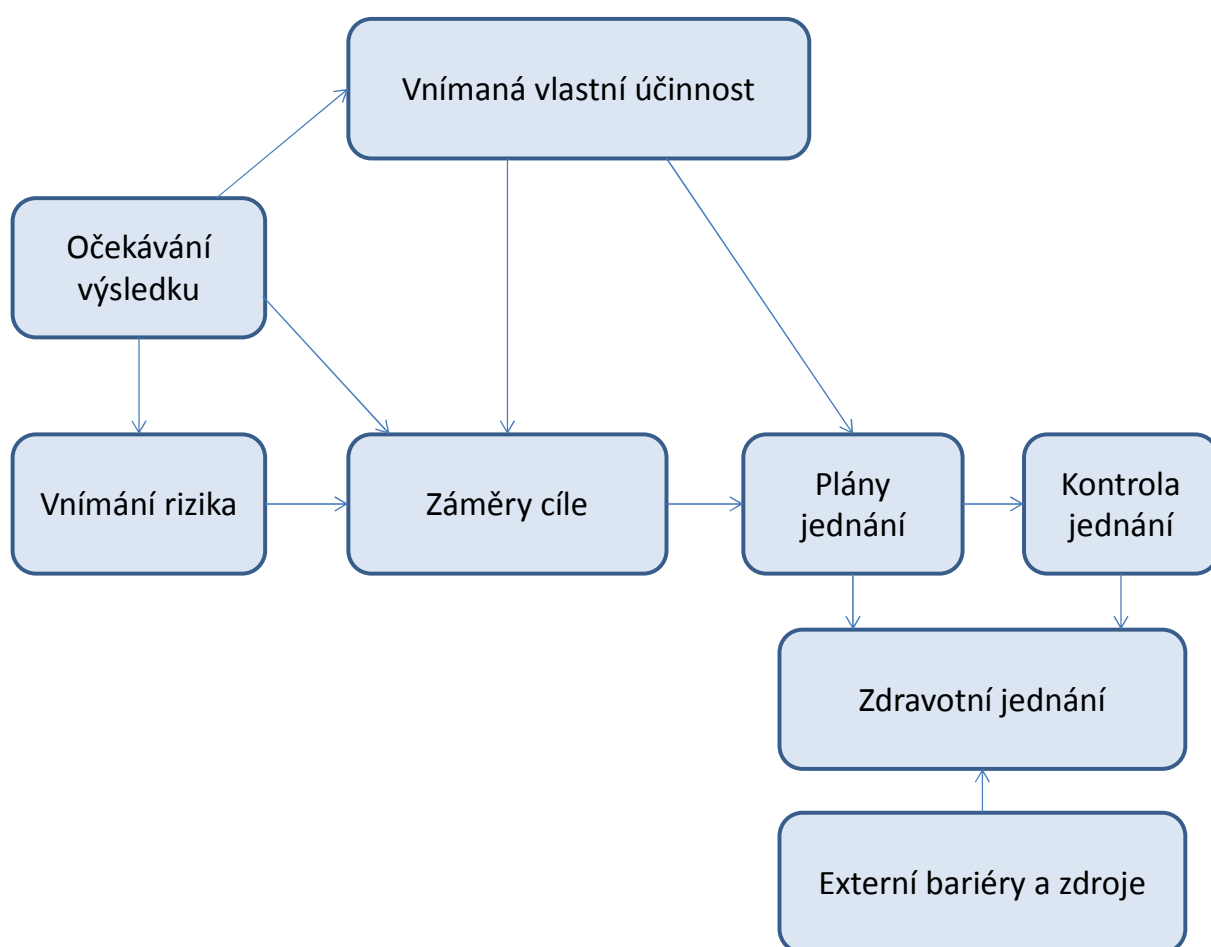
jedinec je dostatečně schopen kontroly nad rizikovým chováním. Většina lidí je ohledně posuzování vztahu mezi situací a výsledkem optimistická. Většina lidí se dále domnívá, že jejich jednání povede k pozitivním výsledkům, a že jsou osobně schopni se s výzvami svého života vypořádat. První přístup se označuje jako defenzivní optimismus, druhý jako funkční optimismus (Schwarzer, 1994). Funkční optimismus se neopírá pouze o očekávání pozitivního výsledku, ale také o osobní zdroje schopnosti se vypořádání se s výzvou (*coping*).

Při osvojování si žádoucího chování nejprve vzniká záměr, poté následuje pokus o realizaci jednání. Očekávání ohledně výsledku jsou důležitými determinanty při formaci záměrů, pro kontrolu jednání jsou již ale méně významná. Jako zásadní se v obou stádiích seberegulace zdravotního chování na druhou stranu jeví vlastní účinnost (*self-efficacy*). Očekávání pozitivního výsledku podporují rozhodnutí o změně chování. Poté mohou tato očekávání hrát již menší roli, tedy v době, kdy během osvojování si chování a jeho udržení nastupují různé problémy. V této fázi vnímaná vlastní účinnost nadále působí jako kontrolující vliv.

Vnímaná vlastní účinnost tedy představuje přesvědčení (víru; *belief*), že člověk je schopen změnit rizikové zdravotní chování osobním jednáním. Má se za to, že behaviorální změna závisí na vnímané schopnosti jednotlivce vyrovnat se se stresem a nudou a mobilizovat vlastní zdroje a průběhy jednání požadované k naplnění požadavků situace. Přesvědčení ohledně účinnosti ovlivňuje záměr změnit rizikové chování, množství úsilí vydaného k dosažení tohoto cíle, a perzistence dalšího usilování přes přítomnost bariér a nezdarů, které mohou podkopávat motivaci. Vnímaná vlastní účinnost představuje široce uplatňovaný teoretický konstrukt v modelech závislostí a relapsů (např. Annis a Davis, 1988; Baer a Lichtenstein, 1988). Schématicky jsou popisované závislosti znázorněny na obr. 2 (viz Schwarzer a Fuchs, 2002, s. 278).

V oblasti výživy a regulace hmotnosti byl rovněž prokázán zásadní vliv přesvědčení o vlastní účinnosti (např. Bernier a Avard, 1986 podle Schwarzer a Fuchs, 2002). Chambliss a Murray (1979 podle Schwarzer a Fuchs, 2002) zjistili, že osoby s nadváhou reagovaly nejvíce na behaviorální léčbu, pokud měly vysoký smysl pro účinnost a vnitřní místo kontroly (*internal locus of control*). Byly zpracovány různé metody pro hodnocení adherence k dietě, mimo jiné 20položkový dotazník Weight Efficacy Life-Style Questionnaire (Clark, Abrams, Niaura, Eaton a Rossi, 1991 podle Schwarzer a Fuchs, 2002), který zahrnuje pět situačních faktorů: negativní emoce, dostupnost potravin, sociální tlak, fyzický diskomfort a pozitivní

aktivity. Bylo zjištěno, že vlastní účinnost nejlépe působí ve shodě s celkovými změnami životního stylu, včetně fyzického cvičení a poskytování sociální podpory. U sebejistých klientů intervenčních programů byla nižší pravděpodobnost relapsu k předchozí nezdravé stravě (Schwarzer a Fuchs, 2002). Kromě fyzického cvičení a výživy a regulace hmotnosti se autoři v citované publikaci zabývají uplatněním vlastní účinnosti z hlediska změny rizikového sexuálního chování a problematiky zanechání kouření.



Obrázek 2. Znázornění procesu zdravotního jednání (*health action*).

1.5.1. Optimismus a pesimismus

Z hlediska změn chování je rovněž zajímavý pohled na optimismus a pesimismus, tedy v řeči psychologie postoj (*attitude*). Jedná se o sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama (Křivohlavý, 2012). Postoje se získávají v průběhu

života učení, vzděláváním a širšími sociálními vlivy (jako je veřejné mínění, sociální kontakty v rodině, ve škole, v zaměstnání apod.). Poté jsou součástí osobnosti, tedy předurčují, usměrňují, orientují, ovlivňují a řídí poznání, chápání a myšlení i citění a jsou relativně trvalé. Obsahují složku kognitivní (poznávací), afektivní (emocionální, citovou) a konativní (motivační). Postoje lze měřit kvalitativně, např. zjišťovat jejich obsah, i kvantitativně, např. dotazníkovými metodami (pomocí hodnotových žebříčků). Jedním z podstatných aspektů optimismu je již zmíněná naděje. Existují ovšem situace, kdy je na místě používat optimistického postoje, a kdy to na místě není (Křivohlavý, 2012, s. 61).

Optimismus a pesimismus mohou rovněž ovlivňovat lidské zdraví. Podle Seligmana (Křivohlavý, 2012) existují čtyři hlavní cesty působení. První z nich vyplývá z výsledků laboratorních pokusů se zvířaty, kde se podařilo prokázat, že krysy, u nichž byla řízením situace v kleci navozena naučená bezmoc, snadněji podléhaly rychlejšímu růstu nádorů. Tyto pokusy naznačily, že zkušenost krys typu zážitku bezmoci oslabuje imunitní systém. Takovou situaci lze chápat v kontextu vlivu stylu přisuzování příčin negativního dění (*explanatory style*) na základě výše uvedené naučené bezmoci. Druhá cesta spočívá v tom, že optimismus a pesimismus má vliv na sebekázeň, sebeovládání, sebeřízení (*self-management, self-regulation*). To platí i pro zdravotní režimy – od vyhledávání odborné lékařské pomoci po dodržování režimu lékařem naordinovaného (*compliance*). Například Snyder et al. (1991) zjistili, že ženy s vyššími hodnotami naděje se v nemocnici více snažily tělesně cvičit, pokud jim to rehabilitační pracovníci doporučili. Peterson et al. (1992) zjistili, že lidé, kteří mají optimistický způsob vysvětlování příčin dění, se chovají zdravotně daleko ukázněněji v situacích, kdy dostanou chřipku, v porovnání s těmi, kteří měli pesimistický způsob vysvětlování příčin dění. Třetí cesta se zakládá na poznatcích laboratorních studií i běžné praxe. Bylo zjištěno, že tam, kde se hromadí série negativních zážitků včetně zážitků bezmoci, se výrazně prohlubuje pesimistický postoj k životu. To samé platí i pro optimismus. A konečně, čtvrtá cesta upozorňuje na možný vliv sociální opory na zdravotní stav pacientů. Zde se hovoří o významu sociální opory, tedy podpory, kterou nemocnému člověku poskytuje blízký, přátelský vztah s někým druhým. Optimismus a pesimismus se rovněž odrážejí na volbě strategií zvládání osobních těžkostí, mezi něž patří strategie přijetí (akceptace), strategie změny rámce (*reframing*), strategie popření (*denial*) a strategie vzdání se boje (rezignace).

1.5.2. Doplnění z hlediska pozitivní psychologie

Průběh a zvládání změn určuje řada dalších faktorů. Pro účely této práce je zajímavé zmínit ještě několik faktorů spadajících do oblasti pozitivní psychologie (např. Seligman, 2003; Křivohlavý, 2004; Mareš, 2002 aj.). Jedním z nich je tzv. nezdolnost (*resilience*), která je podle *Psychologického slovníku* (Hartl a Hartlová, 2000) definována jako „nezdolnost, houževnatost a souhrn faktorů, které člověku pomáhají přežít v nepříznivých podmínkách“. Podle Křivohlavého (2004) se jedná o jev adaptace, tedy o schopnost vyrovnávat se se životem tváří v tvář těžkostem. Obecně platí, že čím vyšší je riziko plynoucí z nepříznivých životních okolností, tím vyšší je negativní výsledek jeho působení, zatímco opačně působí tzv. aktiva a protektivní faktory (Masten a Reed, 2002).

Dalším jevem je sebeocenění či také sebehodnocení (*self-esteem*), který je podle výše zmíněného slovníku (Hartl a Hartlová, 2000) definován jako „hodnota, kterou jedinec přisuzuje sám sobě“. Pro jeho měření se nejčastěji používá Rosenbergův či Coopersmithův dotazník (Křivohlavý, 2004). V soudobé psychologii je sebeocenění nahlíženo jako emoce s příznačným kulturním označením. Zjistí-li u sebe člověk dobrou míru některé kulturně definované charakteristiky (v dnešní společnosti a v kontextu této práce například dobré zdraví, tělesnou zdatnost aj.), lze prožívané emoce označit za pocit vysokého sebeocenění.

Rovněž vyšlo najevo, že některé formy práce s emocemi mohou být vhodným doplňkem kognitivního zvládání životních těžkostí (Křivohlavý, 2004). Patří mezi ně aktivní přijetí dané emoce (tedy nikoliv potlačování negativních emocí, nýbrž jejich vědomé přijetí jako něčeho, co je dané a s čím je třeba počítat), jehož kladný vliv se ukázal např. u pacientů s onkologickým onemocněním. Dále se jedná o slovní vyjádření emocí ve smyslu (případně i písemného) exprese toho, co člověk prožívá. A konečně jde o pozitivní přehodnocení emocí, tedy snahu povznést se nad danou zcela konkrétní bolest či těžkost a vidět svět z vyššího nadsledu, mimo jiné zahrnující i kladný vliv humoru i v těžkých situacích. Cílem je pomoci lidem k dosažení vyrovnaného postoje k negativní emoci, kterou zažívají, hlubšímu poznání vlastního emocionálního stavu a jeho vhodnému slovnímu vyjádření a sdělení, tedy dosáhnout takového přístupu k negativnímu emocionálnímu stavu, který by dovolil snížení nežádoucího napětí (*distresu*) (Křivohlavý, 2004).

2. Obezita

Výzkumem obezity se zabývá řada renomovaných vědeckých institucí v celosvětovém měřítku. Jedná se o prastarý jev, na který bylo a je nahlíženo různě, jak ve smyslu historickém, tak regionálním (Adámková et al., 2009). Převažoval nicméně postoj kritický. Obezita souvisí s hledáním ideálu krásy a zdraví a s módními trendy, s vnějším prostředím (včetně pracovního) a jeho faktory, s problematikou výživy, fyzické aktivity, genetickými vlohami, a často je spojena s klinickými komplikacemi. V současnosti dosahuje obezita celosvětově alarmující prevalence a očekává se, že bude nadále stoupat (Adámková et al., 2009).

2.1. Historické souvislosti

Přestože se na přelomu tisíciletí stala obezita nejčastější metabolickou chorobou, doprovází lidstvo její výskyt již od prehistorických dob. Svědčí o tom nálezy uměleckých předmětů, především soch, obrazů a později i literárních děl. Typické jsou například nálezy sošek Venuší (Hainer et al., 2011). Vyskytovala se i ve starověkém Egyptě a v dávné minulosti zobrazovali obézní jedince i umělci ve Střední Americe a ve starobylé Mezopotámii.

Léčbou otylosti se zabývala již starověká čínská medicína používáním akupunktury. Tibetská medicína označovala obezitu za stav, který si vyžaduje katabolickou léčbu. S propagací zdravého životního stylu se lze setkat ve starověkém Řecku a Římě, idolem antiky se stal urostlý atletický typ symbolizovaný Myrónovým Diskobolem. Lékaři té doby, mimo jiné Hippokrates a Galén, popsali souvislost obezity s častějším výskytem náhlé smrti, s častějším výskytem menstruačních poruch a neplodnosti u obézních žen, se spavostí a spánkovou apnoe, popsali také příznaky mentální anorexie.

Ve středověku byla zdrojem morfologických a fyziologických znalostí římská galénovská medicína. Vladaři mívali nicméně své dvorní lékaře, kteří jim předepisovali správnou životosprávu (Říhová et al., 2010). To platilo mimo jiné i pro Karla IV. a doporučovala se střídmost v jídle a pití, konzumace libového masa a cvičení na čerstvém vzduchu.

Nové pohledy na obezitu přinesla medicína 18. a 19. století (Bray, 1998). Objevují se názory, že obezita je nejen nezdravá, nýbrž i amorální, protože je výsledkem neschopnosti

sebekontroly. Je zdůrazňován význam chování při vzniku, předcházení a léčbě otylosti, kde je patrná souvislost s dnešním pojetím behaviorální léčbou obezity. Již v 18. století bylo poukazováno na rozdíly v energetickém metabolismu a na roli dědičných faktorů při rozvoji obezity. V polovině 19. století se hovoří o ukládání tuku jako o důsledku pozitivní energetické bilance. V učebnici vnitřního lékařství z roku 1842 je obezita připisována mimo jiné zvýšenému příjmu živočišných produktů, nedostatku pohybu a vrozené dispozici (Kunešová et al., 2011). V 19. století byla obezita spojována zejména s nadměrnou konzumací cukru – v roce 1879 byla vyrobena jeho první náhražka – sacharin – který se používá dodnes jako umělé sladidlo.

2.2. Příčiny obezity

Počátkem 20. století byla popsána obezita spojená s hypogonadismem u poškození hypotalamu především nádorovými procesy, která se označuje jako adipozogenitální syndrom (Babinského-Fröhlichův syndrom). V první polovině 20. století poukázal výzkum různých dědičných syndromů (Praderův-Williho a Bardetův-Biedlův syndrom), v jejichž fenotypu se objevuje obezita, na úlohu hereditárních faktorů. V polovině 20. století byla dále objasněna úloha hypotalamu v regulaci příjmu potravy, resp. bylo definováno centrum sytosti ve ventromediálním hypotalamu a rovněž centrum hladu v laterálním hypotalamu (Hainer a Bendlová, 2011).

Objevy radioimunoanalýzy i pokroky v imunohistochemii (60. léta 20. století) přispěly k objasnění role proteohormonů v patogenezi obezity a v regulaci příjmu potravy. Pokud jde o poznatky o regulaci energetické rovnováhy, významným byl objev leptinu J. Friedmanem v roce 1994, kterému předcházely rozsáhlé genetické výzkumy na základě experimentálních modelů obezity u myši a u potkanů (Hainer a Bendlová, 2011).

Z hlediska pochopení interakce genetických faktorů a faktorů prostředí při rozvoji obezity má prvořadý význam práce Alberta Stunkarda z 80. let 20. století, který je považován za nestora moderní světové obezitologie. Stunkard se mimo jiné zabýval výzkumem identických dvojčat žijících od útlého dětství společně či odděleně, ve své práci uplatňoval především holistický pohled na obézního jedince a ovlivnil řadu obezitologů včetně obezitologů v České republice. Další významnou skupinou je skupina Claudea Boucharda,

která poukázala na polygenní charakter dědičnosti u běžné obezity, a jejíž práce umožnila shrnout více než 600 kandidátních genů lidské obezity (Hainer a Bendlová, 2011).

Přibližně na přelomu tisíciletí začala být studována úloha neuropřenašečů (noradrenalin, serotonin, endokanabinoidy a dopamin), nově objevených hypothalamických hormonů (např. neuropeptid Y, orexiny a další) a hormonů gastrointestinálního traktu (např. inzulin, amylin a další) při řízení energetické rovnováhy (De Fronzo, 2010).

Byl to především objev leptinu i další realizované výzkumy, které přispěly k významnému poznání, že tuková tkáň není pouze zásobárnou energie, ale že reprezentuje největší endokrinní orgán v těle, kde se tvoří hormony a adipocytokiny, jejichž produkce těsně souvisí s nízkým stupněm chronického zánětu charakterizujícího obezitu. Zároveň ovlivňuje kardiometabolická zdravotní rizika spojená s obezitou, která charakterizují metabolický syndrom. Rovněž bylo zjištěno, že tuková tkáň je místem produkce cytokinů, které ovlivňují rozvoj diabetu (adiponektin, rezistin), hypertenze (angiotenzinogen, prostaglandiny) a trombogeneze (PAI-1) (Adámková et al., 2009; Hainer et al., 2011).

Z hlediska rizika rozvoje kardiometabolických komplikací i úmrtnosti se za významnou považuje androidní (abdominální) obezita, s níž je spojována úloha stresu, psychobehaviorálních faktorů a hormonální sekrece (výzkumu těchto souvislostí se věnovala zejména skupina Pera Björntorpa (Hainer a Bendlová, 2011). Následně v roce 2005 přisoudila Mezinárodní diabetologická federace (IDF) abdominální obezitě klíčové postavení při definování metabolického syndromu (Hainer et al., 2011; Svačina et al., 2010).

Pokud jde o environmentální faktory, přednostní pozornost se na přelomu tisíciletí věnovala zvýšené konzumaci tuků a sladkých nápojů, z hlediska energetického je za hlavní faktor přispívající k pozitivní energetické bilanci považována snížená habituální pohybová aktivita, tj. sedavý způsob života. Mezi další faktory přispívající k rozvoji obezity, které identifikovala studie HOPE z roku 2009 (Hainer a Bendlová, 2011), patří význam výživy matky a dítěte v prenatálním a časném postnatálním období a význam kojení. Odkryla se rovněž možnost uplatnění dalších patogenetických faktorů, jako je doba spánku, adenovirové infekce, klimatizace v létě a přetápění v zimním období a další (Adámková et al., 2009).

V neposlední řadě je třeba zmínit i klasické podmiňování, konkrétněji časové podmiňování, tedy zvláštní typ učení, kdy podmíněným podnětem jsou časové prodlevy mezi podáváním potravy. „Také lidé si od nejútlejšího dětství zvykají na pravidelné intervaly mezi

jídly. ... Jednou z příčin obezity by mohlo být to, že si postižený jedinec nenavvykl na dodržování časových intervalů mezi přijímáním potravy“ (Plháková, 2004, s. 167).

2.3. Definice obezity

Obezita je definována jako nadměrné ukládání energetických zásob ve formě tuku, který se ukládá nejen v podkoží, ale i ve vnitřních, především břišních orgánech. Za závažný se považuje tuk uložený v podkoží břicha, který vede k metabolickým poruchám, rovněž nitrobřišní obezita je spojena s vysokými zdravotními riziky. Tuk uložený zejména na hýždích a stehnech je považován za nejméně rizikový. V zásadě za obezitou vždy stojí nerovnováha v příjmu a výdeji energie, která vyplývá z mnoha faktorů (Telička et al., 2012). Obezita s tukem nacházejícím se v dutině břišní se označuje jako centrální obezita a je charakteristická pro muže, naopak tuk převážně v hýždích a ve stehnech je typický pro ženy a způsobuje tzv. periferní obezitu. Dříve se pro rozlišení typu obezity používal poměr obvodu pasu a boků (tzv. WHR neboli *waist to hip ratio*), v současnosti se měří pouze obvod pasu.

Obezita je klasifikována pomocí tzv. indexu tělesné hmotnosti (BMI neboli *body mass index*, rovněž Queteletův index), který se počítá z váhy (kg) a výšky (m) (Svačina et al., 2008). Tato klasifikace je přehledně uvedena v tabulce 2 níže.

Tabulka 2: Klasifikace obezity podle indexu BMI

BMI (kg/m ²)	Kategorie obezity	Riziko vzniku onemocnění
< 18,5	Podváha	Malé (ale jiné problémy)
18,5 – 24,9	Normální hmotnost	Průměrné
25 – 29,9	Nadváha	Mírně zvýšené
30 – 34,9	Obezita I. stupně	Středně zvýšené
35 – 39,9	Obezita II. stupně	Dosti zvýšené
> 40	Obezita III. stupně	Velmi zvýšené

Klasifikace obezity podle BMI není zcela přesná, neukazuje například podíl aktivní tělesné hmoty a tělesného tuku, lze se tudíž setkat i s jedincem, který podle tohoto indexu patří do skupiny obézních, ale jeho vyšší hmotnost je způsobena svalovou hmotou a nikoliv

podkožním tukem (Fialová, 2001). Jedná se nicméně o snadno zjistitelný, přiměřeně přesný ukazatel, který poskytuje rychlou počáteční informaci.

2.4. Etiopatogeneze obezity

Obezita je obvykle multifaktoriálně podmíněné onemocnění, kdy interakce vlivu prostředí s hereditárními predispozicemi vede k pozitivní energetické bilanci a tudíž k nadměrnému hromadění tukové tkáně (Müllerová, 2009). Z etiopatogenetického hlediska lze obezitu rozdělit do několika kategorií (Hainer a Bendlová, 2011):

- **Běžná obezita** – více než 90% všech obezit; jde o zvýšenou hereditární náchylnost k obezitogenním faktorům zevního prostředí a je multifaktoriálně podmíněna
- **Obezita navozená léky** – její výskyt v současnosti stoupá; je ovlivněna léky regulujícími tělesnou hmotnost nebo přímo adipogenezi v tukové tkáni
- **Obezita endokrinně podmíněná** – je spíše vzácná; může provázet endokrinní onemocnění (obezita u Cushingova syndromu, obezita u hypotyreózy)
- **Monogenní obezity** – jedná se o vzácná onemocnění charakterizovaná těžkou obezitou již v časném dětství; vzniká na podkladě mutace jednoho genu
- **Syndromy provázené obezitou** – velmi vzácná, mendelovsky děděná onemocnění
- **Obezita podmíněná jinými patogenetickými faktory** – sem spadají adenovirové infekce, nepřiměřená doba spánku, cílený výběr partnerů, perzistující organické polutanty a další.

Obezita obecně vzniká, převažuje-li energetický příjem nad výdejem. V této souvislosti hraje významnou navození pocitu sytosti a preference potravin, o nichž je známo, že jsou významně geneticky determinovány – tj. energetický příjem je vedle socioekonomických a kulturních faktorů významně ovlivňován faktory hereditárními (Hainer et al., 2011; Adámková et al., 2009).

Potrava se dělí na následující základní složky (Hainer et al., 2011; Málková a Krch, 2001; Málková, 2004):

- **Tuky** – především konzumace tuků se podílí na zvýšeném energetickém příjmu. Přestože mají tuky vysokou energetickou denzitu, mají zároveň nízkou sytící schopnost. Tuk bývá často preferován pro jeho senzorické vlastnosti, pokrmům dodává charakteristickou plnost a jeho přítomnost bývá obézními jedinci hůře rozpoznávána. Obézní rovněž často preferují konzumaci sladkostí s vysokým obsahem tuku, která navozuje hédonické pocity dané organoleptickými vlastnostmi tuků (textura) a cukrů (sladkost). Příjem takových pokrmů není regulován pocitem nasycení, nýbrž pozitivní zpětnou vazbou, která je odpovědí na senzorické signály z dutiny ústní.
- **Sacharidy** – s obezitou je spojena především zvýšená konzumace jednoduchých sacharidů, jako je sacharóza a fruktóza. K rozvoji obezity naopak nepřispívají komplexní sacharidy. Při zvýšeném příjmu sacharidů dochází k adaptačnímu zvýšení jejich spalování, a teprve po dlouhodobém nadměrném příjmu sacharidů dochází k jejich přeměně na zásobní tuk, tato přeměna je ovšem málo účinná. Z hlediska vzniku obezity je role sacharidů různá podle tzv. glykemického indexu, který vztahuje plochu pod glykemickou křivkou po požití dané potraviny k ploše pod glykemickou křivkou po požití glukózy, jež představuje index 100%.
- **Bílkoviny** – jejich nadbytečný příjem nemá podstatnou úlohu při vzniku obezity v dospělosti. Obezita může být spojena s nadměrným příjmem živočišných bílkovin, což ale není důsledkem příjmu samotných bílkovin, nýbrž současného nadměrného příjmu živočišných tuků. Energetická denzita bílkovin je nejnižší a sytící schopnost nejvyšší ze všech živin.
- **Vláknina** – jednak snižuje energetickou denzitu potravy, a jednak díky své bobtnavosti navozuje dilataci horních partií gastrointestinálního traktu a tím pádem pocit sytosti. Přitom energetická denzita zeleniny je nižší než ovoce. Rozpustná vláknina v zelenině a ovoci působí na resorpci živin a příznivě tak ovlivňuje lipidové spektrum i metabolismus sacharidů, navíc také významně snižuje glykemický index sacharidů.
- Mezi další faktory patří **tekutiny, alkohol a vitamíny, minerální látky a stopové prvky**. Zvýšená konzumace alkoholu může být faktorem působícím při vzniku obezity, zejména při akumulaci rizikového viscerálního tuku. Pokud jde o vitamíny, například deficit vitamínu A by se mohl podílet na rozvoji obezity. Podle nedávných výzkumů může určitou úlohu hrát i deficit vápníku. Z hlediska komplikací obezity, zejména aterosogeneze, lze zvažovat význam interakce obezity a deficitu antioxidačně působících nutričních

faktorů (vitamín A, C a E a selen) a vitamínů inhibujících tvorbu homocysteinu (kyselina listová, vitamín B₁₂).

Na rozvoj obezity má rovněž vliv frekvence příjmu potravy – většina obézních například vynechává ranní a často i polední jídlo. Dále má vliv stravování mimo domov, zejména formou rychlého občerstvení (například v McDonald's) (Duffey, Gordon-Larsen a Jacobs et al., 2007), jež například snadno dosahuje téměř 40% denního energetického výdeje ženy středního věku, která má sedavé zaměstnání.

2.4.1. Neuropsychosociální vlivy a příjem potravy

Konzumace chuťově atraktivní stravy navozuje v CNS libé pocity prostřednictvím specifických receptorů, např. pro dopamin, opioidy, endokanabinoidy a glutamát. Dopamin ovlivňuje příjem potravy působením na motivaci a odměnu. U obézních jedinců bylo prokázáno snížené množství receptorů pro dopamin v mozku, tj. porucha v „odměňovacím okruhu“ („*reward circuit*“) na úrovni CNS může u obézních akcentovat úlohu jídla. Obézní jedinec či jedinec se sklonek k obezitě reaguje na stres, depresi a úzkost porušením dietního režimu a přejídáním. Pro tento typ jídelního chování se používá výraz dietní disinhibice, která se zjišťuje pomocí dotazníku jídelních zvyklostí (*Eating Inventory* neboli *Three Factor Eating Questionnaire*). Úlohu může hrát rovněž sociální facilitace, o níž se hovoří tehdy, konzumují-li lidé více jídla v přítomnosti ostatních, zejména přátel (Hainer et al., 2011; Howarth, Huang a Roberts et al., 2007; Kyrou a Tsigos, 2008).

2.4.2. Energetický výdej

Celkový energetický výdej se dělí na několik dílčích složek – na klidový energetický výdej, postprandiální termogenezi a energetický výdej při pohybové aktivitě, přičemž u kuřáků rovněž přistupuje vzestup energetického výdeje navozený kouřením, případně u konzumentů kávy a jiných nápojů s kofeinem vzestup konzumací těchto nápojů (Hainer et al., 2011; Štich, 2011).

- **Klidový energetický výdej** – představuje 55-70% celkového výdeje a slouží k zajištění základních životních funkcí organismu a k udržování tělesné teploty.
- **Postprandiální termogeneze** – souvisí s trávením, vstřebáváním a metabolismem živin po požití potravy, a také s aktivací sympatického nervového systému po jídle, představuje 8-12%.

- **Energetický výdej při pohybové aktivitě** – jeho podíl je 20-40%. Na této složce je patrný sociokulturní vliv, a právě jeho pokles souvisí s nárůstem prevalence obezity.

V poslední době se pod vlivem socioekonomických faktorů na etiopatogenezi obezity čím dál více podílí právě snižující se pohybová aktivita. Přitom hlavní příčinou není menší míra cvičení nebo sportování, ale spíše pokles habituální fyzické aktivity. Pohybová aktivita klesá vlivem automatizace a technického pokroku v pracovní oblasti, klesá při přepravě do zaměstnání vlivem používání individuální automobilové dopravy, klesá i při trávení volného času. Například podle závěrů projektu HOPE z roku 2009 bylo vysedávání u televize potvrzeno jako nejvýznamnější korelát obezity u předškolních dětí i adolescentů, k čemuž lze řadit i vysedávání u počítače (Štich, 2011).

2.4.3. Regulace energetické rovnováhy

Jedná se o komplexní děj, který je ovlivňován mechanickými signály ze zažívacího traktu, nutričními signály, které odrážejí příjem základních živin, termogenními signály, jež informují o zevní a vnitřní teplotě, a také neurohormonálními signály, kterými je tato regulace integrována v hypotalamu. Dosud bylo zjištěno, že na integrující úlohu hypotalamu při regulaci energetické rovnováhy má významný vliv také přímá signalizace o úrovni tukových energetických zásob, kterou zprostředkovává leptin a inzulin. V hypotalamu se nachází centrum sytosti (ventromediální hypotalamus) a centrum hladu (laterální hypotalamus). Signály související s příjmem potravy se dělí na (Hainer et al., 2011):

- **katabolické** (anorexigenní) – jsou spojené se snížením příjmu potravy a se zvýšením energetického výdeje,
- **anabolické** (orexigenní) – signály navozující zvýšený příjem potravy.

Mezi významné látky ovlivňující energetickou rovnováhu patří proteohormon leptin, který je produkován především bílou tukovou tkání. Váže se na receptory v hypotalamu, kde ovlivňuje energetickou rovnováhu jednak zvýšením energetického výdeje aktivací sympatického nervového systému, jednak inhibičním vlivem na příjem potravy. Úloha jeho krátkodobého působení tedy spočívá v modulaci sympatického přenosu v hypotalamických neuronech, kdy dochází k uvolňování neuropřenašečů a hormonů, které ovlivňují jídelní chování a příjem potravy a současně i metabolismus. Naopak jeho dlouhodobé působení souvisí s regulací exprese genů, které ovlivňují energetickou rovnováhu (Bouchard, 2007).

Místem tvorby leptinu je tuková tkáň. V tukové tkáni ale vznikají i další hormony, prozánětlivé adipocytokiny, které ovlivňují nejen energetickou rovnováhu, ale také kardiometabolická rizika související s obezitou. Děje se tak prostřednictvím regulace glykemie, krevního tlaku, krevní srážlivosti a dalších faktorů (Adámková et al., 2009).

2.4.4. Genetické faktory

Genetické faktory ovlivňují energetickou rovnováhu dvěma způsoby, jednak z hlediska energetického příjmu, a jednak energetického výdeje. Udává se, že tělesné složení je genetickými faktory determinováno ze 40-70%. Podíl genetických faktorů na obezitě, která se považuje především za onemocnění související se životním stylem, bývá přitom podceňován (Bouchard, 2007; Bendlová a Hainer, 2011).

Existují monogenní choroby charakterizované obezitou, k jejichž odhalení v posledních letech přispěla molekulární genetika, tyto poruchy jsou ovšem příčinou obezity jen vzácně. Obezita mívá naopak spíše oligogenní či polygenní charakter, což lze chápat tak, že vzniká na základě vzájemné interakce prostředí s geny, jež přispívají k jejímu vzniku (**obezitogenní geny**), tak i s geny, které jejímu rozvoji brání (**leptogenní geny**). Genetické predispozice tudíž nelze oddělovat od působení prostředí, které v interakci s kandidátními geny může buď přispívat k manifestaci obezity (obezitogenní – toxické prostředí), nebo naopak vzniku obezity zabraňovat (leptogenní – restriktivní prostředí) (Bendlová a Hainer, 2011).

Mezi geneticky determinované faktory ovlivňující rozvoj obezity patří (Hainer, Zamrazilová a Spálová et al., 2008):

- **faktory související se základními živinami** – například výběr a preference potravin, schopnost spalovat tuky a sacharidy, exprese a aktivita lipáz, regulace příjmu potravy a další,
- **faktory související s energetickým výdejem** – klidový energetický výdej, postprandiální energetický výdej, spontánní pohybová aktivita (tzv. *fidgeting*),
- **hormonální faktory** – například inzulin a leptin a citlivost k nim, adiponektin, hormony gastrointestinálního traktu (z významných lze uvést ghrelin), pohlavní hormony a další.

Nezanedbatelnou úlohu, převážně během dospívání, hraje dědičnost BMI – vysokou korelaci BMI prokázal u monozygotních dvojčat nezávisle na tom, zda žila po narození

společně či odděleně, Stunkard, jak je již zmíněno výše (Stunkard, Harris a Pedersen et al., 1990). Genetické faktory, resp. dědičnost, dále souvisejí s rozložením tělesného tuku a s hmotnostní odpovědí při změnách energetické bilance (Hainer et al., 2011).

Pro doplnění tohoto stručného popisu etiopatogeneze obezity je rovněž nutno alespoň zmínit souvislost některých virových infekcí a vzniku obezity, souvislost obezity s neadekvátní dobou spánku, se střevní mikroflórou, a mimo jiné i s léky, které mohou navodit vzestup tělesné hmotnosti. Dále se uznávají riziková období pro rozvoj obezity, kterými jsou například prenatální období (resp. podvýživa plodu), doba dospívání, doba těhotenství a následné období u žen, menopauza u žen. Oproti převládajícímu přesvědčení hrají v souvislosti s obezitou endokrinopatie spíše nevýznamnou úlohu, nicméně mohou se manifestovat obezitou – například se jedná o hypotyreózu, Cushingův syndrom a další, jejich vliv lze ovšem většinou zjistit vzhledem k jejich charakteristickému klinickému obrazu (Hainer et al., 2011; Adámková et al., 2009).

3. Psychologické souvislosti obezity

Podle pohledu psychosomatiky (viz např. Fialová, 2001; Komárek, 2005; Faleide, Lian a Faleide, 2010) je psychika neoddělitelně provázána s tělem. To v souvislosti s obezitou znamená, že toto onemocnění nelze chápat pouze jako nemoc tělesnou, nýbrž jako projev stavu celé lidské bytosti včetně vnitřních faktorů, tedy psychiky a sociálních vztahů. Zároveň je obezita v současnosti oblastí, které se věnuje výrazná pozornost mimo jiné z důvodu její značné prevalence (viz např. WHO, http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/), a také protože v dnešní době lze pozorovat trend zvýšeného zájmu lidí o své tělo – o jeho hmotnost, tvar postavy, fungování, vzhled a související péči (Hrachovinová a Chudobová, 2004). Způsob, jakým člověk vnímá a pociťuje své tělo, v jehož hranicích prožívá a uvědomuje si svoji existenci, je předmětem zájmu řady psychologických výzkumů, které se soustředí především na důvody narušeného vnímání vlastního těla a na tělesnou nespokojenost a její dopad na chování a prožívání člověka (Krch, 2000). Jsou to právě obézní jedinci, u nichž bývá zjišťována vyšší úroveň tělesné nespokojenosti, kdy se negativní sebepercepce promítá negativním způsobem do celkového vztahu k vlastní osobě, k sobě samému, odráží se v nízkém sebehodnocení a může mít škodlivé důsledky v rovině psychické.

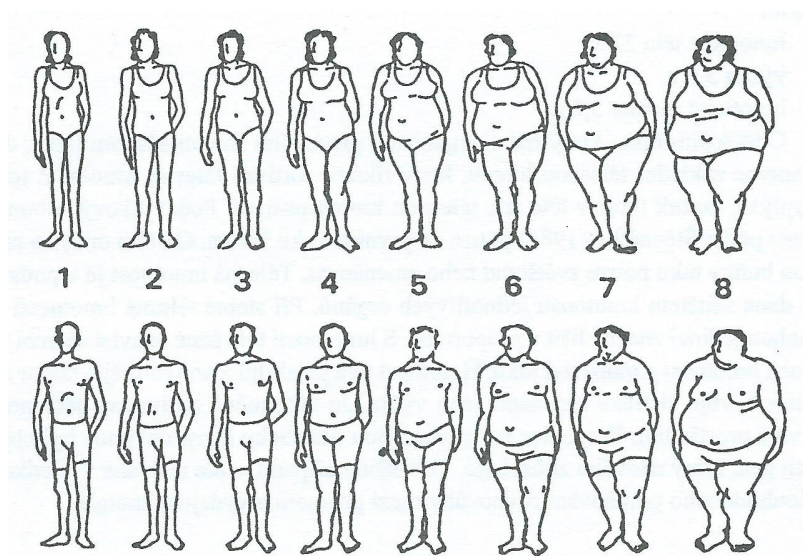
3.1. Historická pojetí

Stanovením tělesného typu se člověk zabýval od dávné minulosti. Jeho průkopníkem byl již Hippokrates, dalším byl například Walker (zabýval se dělením postav žen), viz Fialová (2001). Podrobněji se lze zastavit u konstitučně-temperamentových teorií, mimo jiné jako předchůdců níže uvedeného psychoanalytického pojetí, přestože v současnosti se jejich váha snižuje.

Výchozím hlediskem je podobnost mezi tělesnou konstitucí člověka a určitými povahovými zvláštnostmi a rysy, jejichž pozorování vyústilo v řadu konstitučně-temperamentových teorií. Jako jednu z prvních lze zmínit typologii podle E. Kretchmera, který na základě pozorování vyvodil čtyři tělesně-osobnostní typy: pyknický, leptosomní,

atletický a dysplastický (Nakonečný, 1998). Z hlediska obezity je zajímavý typ pyknický, jenž je charakterizován nevysokou postavou se sklonem k hromadění tuku, s větší hlavou a břichem a kratšími končetinami, a s cyklotymním typem temperamentu (Balcar, 1983).

Dalším příkladem je konstituční psychologie W. H. Sheldona, který typy popisuje podle tří zárodečných blan: rozeznává endomorfní, mezomorfní a ektomorfní typ. V souvislosti s obezitou je zajímavý endomorfní typ (s převahou tuku), jehož tělesná forma je měkká a kulatá se silným zažívacím ústrojím. K této konstituci se váže viscerotonní temperament, který se vyznačuje zálibou v tělesném komfortu, v jídle, ve společnosti druhých, a který reaguje pomalu a má pocity blaha z vaření (Nakonečný, 1998). Existují i další typologické metody, například metoda podle Heat a Cartera (vznikla modifikací Sheldonovy metody), metoda odhadu somatotypu podle Chytráckové či zjednodušené hodnocení postavy podle Jaroše a Lomíčka (Fialová, 2001). Konečně lze rovněž uvést tělesné typy podle Stunckarda a Sorensena z roku 1983 (Fialová, 2001), viz obrázek 3.



Obrázek 3. Tělesné typy žen a mužů podle Stunckarda a Sorensena (1983, podle Fialová, 2001)

Ač dnes mají konstituční typologie spíše historický význam, lze je považovat za významné vzhledem k tomu, že představovaly jeden z prvních pokusů o propojení duše a těla, na které později navázala psychoanalýza a další koncepce, které rovněž hledají příčiny obezity v dětství a kladou důraz na význam prostředí a výchovy. Podle výchovného pojetí lze v minulosti osob, které mají problémy orálního typu, nalézt známky deprivace nebo nespolehlivosti rodičů v naplňování potřeb dítěte; takový člověk vyvolává dojem, jakoby nebyl zcela nasycen všemi emočními a nutričními zdroji, které potřebuje (Johnson, 2007).

3.2. Psychoanalytické pojetí

Na význam duše při vzniku a vývoji tělesných poruch upozorňuje již Freud, podle něhož lze různé příznaky onemocnění v tělesné rovině chápat jako fixované formy nonverbálních tělesných vyjádření (Komárek, 2005). Na základě jeho pojetí začala být obezita chápána jako skrytá osobnostní porucha, nebo šířeji jako psychologický problém.

Podle psychoanalýzy může být obezita chápána jako určitý druh závislosti (kdy drogou je jídlo) a interpretována z hlediska ego-psychologie, kdy existuje nedostatečná psychologická struktura a prázdná místa v ní jsou vyplňována a kompenzována drogou – jídlem. Rovněž ji lze interpretovat z pudově psychologického hlediska, v tom případě je na obezitu nahlíženo jako na poruchu sexuálního předstupně orality, kdy místo sexuální slasti je vyhledáván druh primitivního narcistického požitku. Zde hraje droga (jídlo) roli částečného objektu. Jídlo v tomto případě umožňuje zástupné uspokojení pudů, především pudu agresivity a pudu sexuálního (podrobněji viz např. Danzer, 2001). Obezita může být dále chápána jako touha po rozsáhlé, expandované osobnosti, touha po větší váze v životě, která je u nejistého člověka realizována zástupně pomocí jídla, resp. zde nejistý člověk přesouvá svůj hlad po životě do potravy a závislost na jídle se stává prostředkem chránícím proti strachu, spolu s vrstvami tuku na těle obézního, které tak plní obrannou funkci a chrání člověka před vnějšími vlivy a útoky (Fuchsová, 2001). Paradoxně tak ovšem obezita vlastně brání rozvoji osobnosti a jejímu rozšiřování, tedy brání v dosažení toho, po čem člověk ve skutečnosti opravdu touží.

Podle psychoanalytických teorií spočívají kořeny uvedeného chování v ranném dětství, v orálním stádiu, kdy nejdůležitějším orgánem kontaktu se světem jsou ústa, a to nejen jako orgán smyslového uspokojení a zdroj slasti, ale také jako způsob duševního přijímání a přivlastňování si světa, což psychoanalýza zahrnuje pod komplex orality. Neproběhne-li tato fáze u dětí dostatečně či proběhne-li nešťastným způsobem, může se jídlo stát náhražkou za lásku a kontakt. V tomto smyslu lze na obezitu nahlížet jako na charakterovou neurózu, ústa zůstávají primární (nevědomou) erogenní zónou, člověk je náchylný k manickým a depresivním výkyvům nálady a má tendenci se identifikovat s jinými lidmi. Takovému člověku s orální osobností jakoby nikdy nic nestačí, protože jeho potřeby

v dětství nebyly uspokojeny a to, co v dětství postrádal, mu bude chybět po celý život (Johnson, 2007).

3.2.1. Význam životních událostí

Pro úplnost je nutno zmínit ještě další faktor, a sice význam životních událostí. Kromě všech stávajících pojetí vývoje obezity a toho, jaké (náhradní či kompenzační) funkce plní, jsou jako další faktory zmiňována psychická traumata, například zážitek napadení se sexuálním podtextem, jež mohou u některých jedinců vést k přibírání na váze (Janečková, 2005). V této oblasti byla například zpracována studie zkoumající přejídání jako ochranný mechanismus a strategii zvládání (Lobraco, 2014). Jídlo bylo v této studii popisováno jako self objekt a přejídání jako disociativní mechanismus. Práce se zabývá zkoumáním používání jídla jako techniky sebepoškozování. Pro účastnice byl typickou emocí hněv a vykazovaly časté vztahové problémy. Předmětem rozsáhlého výzkumu jsou rovněž psychická traumata z dětství a jejich souvislost s obezitou v dospělosti – trauma v časném věku (včetně méně závažných než fyzické a sexuální násilí) jako prediktor obezity v dospělosti potvrdili autoři D'Argenio et al. (2009).

3.3. Bio-psycho-sociální aspekty obezity

Snahy o hledání psychologických faktorů, tedy specifických souborů vlastností, způsobů chování nebo stylů myšlení, které charakterizují osobnost obézního jedince, přetrvávají dodnes, aniž by ovšem dosud přinášely jednoznačné či shodné poznatky, mimo jiné z důvodu uplatňování různých teoretických východisek. Stejně tak výzkumy přinášejí řadu cenných dílčích poznatků, i když často rozporných. Ze soudobých výzkumů vyplývá, že obézní pacienti ($BMI \geq 30$) nevykazují vyšší psychopatologii, než jaká je pozorována u populace s normální hmotností (BMI 18,5-25). Pouze v některých škálách osobnostních dotazníků vykazují obézní pacienti zvýšené skóre, nicméně často ještě v rámci normy. To platí především pro škály úzkostnosti, depresivity, hypochondrie, závislého chování, nespokojenosti se svým tělesným zdravím, snížené sebekontroly, sníženého sociálního zájmu, nižšího sebevědomí a negativnějšího vztahu k vlastní osobě (Wagenknecht, 2011).

V poslední době se rovněž věnuje velká pozornost dětské obezitě. Výzkumní pracovníci se mimo jiné zaměřují na to, zda obezita neovlivňuje vývoj intelektových

schopností podobně jako třeba malnutrice v raném věku, která může způsobit snížení intelektových schopností. Na základě inteligenčních testů nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly z hlediska mentální kapacity u dětí s nižšími stupni obezity a normálně vážícími dětmi. U mimořádně obézních dětí bylo zjištěno statisticky významně nižší názorové IQ ve Wechslerově inteligenčním testu (Hainer et al., 2011).

Od 90. let 20. století platí za všeobecně uznávanou teorie o multifaktoriální etiologii obezity (Brownell a O'Neil, 1993), která příčiny obezity vidí v mnoha faktorech – biologických, psychologických a sociálních – působících v různých kombinacích. Mezi predisponující faktory vývoje obezity patří mimo jiné pozitivní rodinná anamnéza obezity, nižší socioekonomický status, psychická alterace, anamnéza kolísání hmotnosti a riziková období pro vznik obezity (prenatální období, období dospívání, těhotenství a období po porodu, období menopauzy a další okolnosti vedoucí ke změně jídelních a pohybových návyků), dále pohlaví a přítomnost záchvatovitého přejídání, vliv prostředí a etnická příslušnost (Wagenknecht, 2011).

3.3.1. Kvalita života

Kromě typických zdravotních rizik (hypertenze, dyslipidemie, diabetes mellitus 2. typu, kardiovaskulární onemocnění, mrtvice, žlučové kameny, spánková apnoe a gynekologické problémy u žen) souvisí s problematikou obezity, resp. s jejími sociálními a fyzickými faktory, výše zmiňovaná kvalita života (tzv. kvalita života související se zdravím, HRQoL), která je v souladu s výše uvedeným definována jako subjektivní pocit životní pohody, jenž je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky (Hnilicová, 2005). Kvalita života související se zdravím se týká somatického i mentálního zdraví a zahrnuje také socioekonomický status. Popisuje, jak jedinec prožívá a zvládá projevy onemocnění a léčbu, jak hodnotí kvalitu prožívání života v porovnání s tím, co považuje za ideální. S obezitou je typicky spojena snížená kvalita života související se zdravím, obézní uvádějí stížnosti na bolest, sníženou vitalitu a zhoršení v oblasti sociálních a pracovních rolí (Wadden et al., 2002). Po redukci tělesné hmotnosti typicky dochází ke zlepšení kvality života v sociální a fyzické oblasti.

Svoji roli hrají mimo jiné i aktuálně platné společenské mýty. Například skutečnost, že řada tvůrčích osobností, zejména umělců, trpěla koncem 19. století tuberkulózou, vedla ve své době k běžně rozšířenému předpokladu, že tvořivost je úzce spjata s tuberkulózou (Málková a Krch, 2001). V současnosti je zase štíhlost pojímána jako něco, co souvisí se sebekontrolou a

úspěchem, a v tomto ohledu se zvláště pro ženy dodržování diet stalo populární formou sebekontroly. Naopak obezita i mírná nadváha se staly známkou neúspěchu, lenosti a jiných charakterových vad. Negativní postoj veřejnosti k obézním je potencován předpokladem, že člověk je veskrze pánem svého osudu, a že stačí jen chtít, aby dosáhl svého. Obezita je v takovém případě vnímána jako stav, který si člověk způsobil sám, a jehož se lze snadno zbavit. Obézní člověk, který toho není schopen, je mnohdy brán jako živý a zavrženíhodný doklad fyzické a morální slabosti. Zároveň předsudky, podle nichž je relativně snadné se tloušťky zbavit, nebo že stačí jen chtít, nahrávají „obchodníkům se zázraky“. Jednostranná a netrpělivá snaha rychle a snadno zhubnout za pomoci diet, přípravků na hubnutí apod. ovšem většinou dlouhodobě vede spíše ke vzrůstu tělesné hmotnosti (Málková a Krch, 2001).

3.3.2. Vzorce jídelního chování

Výzkumy ukazují, že lidé s nadváhou a obezitou mají odlišné vzorce jídelního chování, jiný vztah k jídlu a vlastní osobě, než osoby s normální hmotností. Často jedí nepravidelně, rychleji, bez dostatečné vědomé kontroly, jsou více vnímaví k vnějším podnětům než vnitřním signálům, a také jsou jimi více ovlivněni. Rovněž vykazují sníženou citlivost ve vnímání a uvědomování si pocitů sytosti a hladu a naopak zvýšenou vnímavost a reaktivitu na vnější i vnitřní podněty související s jídlem. Také u stresu, jehož negativní důsledky pro psychickou činnost člověka jsou všeobecně známy, se ukazuje i souvislost s androidním rozložením tuku (Málková, 2011). Většina teorií nicméně potvrzuje, že nelze prokázat specifickou nebo typickou osobnostní strukturu obézních, tedy že obézní netvoří osobnostně homogenní skupinu. Tím je podporován interakční, multifaktoriální výklad, který zahrnuje vliv dědičnosti, metabolismu, hormonů, mozku, psychiky, vnějšího prostředí a dalších faktorů (Hainer et al, 2011; Wagenknecht, 2011).

Rovněž se zdá, že tělo má snahu regulovat svoji váhu stejně jako ostatní funkce, na určitou optimální biologickou úroveň. To, co lidské tělo potřebuje, přijímá z potravy podle svých potřeb. Roli hrají fyzické a klimatické podmínky, roční období, věk, pohlaví a zdravotní stav ovlivňující příjem potravy prostřednictvím bohaté škály chutí. Měnění se chuť vedoucí ke změně jídelníčku může signalizovat určitou chorobu dokonce dříve, než dojde k projevu jakýchkoliv obtíží. Jestliže dochází trvale nebo opakovaně k poruchám v přirozeném příjmu živin a potřebných látek, snaží se s touto nepříznivou situací organismus vyrovnat. Přitom nejpřirozenější reakcí je vytváření zásob, zejména jde-li o tak základní potřebu, jakou je příjem energie (Málková a Krch, 2001). Je nasnadě, že při opakovaném

držení různých diet a následném selhávání lze od organismu očekávat právě tuto adaptační reakci.

3.3.3. Související psychické poruchy

Ač jsou názory na souvislost mezi obezitou a osobnostními vlastnostmi protichůdné, což platí i pro vztah mezi obezitou a psychopatologií, lze shrnout, že zhruba 10-20% obézních osob v klinické populaci trpí klinicky významnými příznaky deprese, negativním tělesným sebepojetím nebo zhoršenou kvalitou života, přičemž tyto znaky se častěji objevují u žen, u osob trpících záchvatovitým přejídáním a u osob s extrémní obezitou a jejími zdravotními komplikacemi (Wadden et al., 2002). Nejčastějšími psychickými poruchami, které byly u obézních pozorovány, jsou deprese, úzkost a hraniční porucha osobnosti. Na tato témata byly zpracovány různé výzkumy a studie, například: depresivními příznaky jako nejčastější psychiatrickou komorbiditou obezity se zabývali např. Wadden, Stunkard, Carpenter, Sullivan, Fassino. Možnou souvislostí mezi obezitou a hraniční osobností se zabývali např. Sansone a Sansone (2011).

W. Reich, rakouský psychiatr a psychoanalytik, který se zabýval studiem struktury charakteru (Faleide, Lian a Faleide, 2010) ukázal, že neurotický charakter se vytváří v první řadě jako obranný mechanismus proti nepříjemným pocitům, jako je bolest a úzkost, a dále proti všemu, co by k takovému druhu negativních emocí vedlo. Pocity frustrace, obstrukce nebo potrestání mohou mít za následek úzkost a dokonce se mohou změnit ve vztek. Ten ovšem bývá opět potrestán, což následně povede k potlačení neboli supresi. Snahou je vyhnout se bolesti a úzkosti a potlačení emocí se přitom děje prostřednictvím svalového a viscerálního napětí, které ovlivňuje tok energie (Faleide, Lian a Faleide, 2010). Tento mechanismus se může projevovat na řadě orgánových systémů, může se ovšem projevovat i ve způsobu konzumace potravy, jejím výběru a množství, kdy jídlo v takovém případě funguje jako určitý „tlumič“ úzkosti. Toto hledisko je potřeba mít na zřeteli, protože je pravděpodobné, že bude-li se obézní člověk s podobným uspořádáním v osobnosti snažit zhubnout, obtížně se mu to podaří bez řešení základního traumatu vhodnými psychoterapeutickými prostředky, či případně se mu to podaří za cenu nalezení jiného „únikového“ chování, aby neztratil ochranu před úzkostí.

3.3.4. Potřeba nasycení a obezita

Potřeba nasycení, která patří mezi základní fyziologické potřeby člověka, je všem lidem společná, je geneticky daná a slouží k přežití a uchování existence člověka ve světě. S touto potřebou je nicméně spojeno mnoho dalších psychologických a sociálních aspektů. Psychologické charakteristiky přístupu k uspokojování této potřeby, vyvinuté v průběhu ontogeneze, vedou na složitou, individuální strukturu pocitů a vztahů daného jedince k potravě a z ní vyplývající individuální vzorce jídelního chování. Rovněž nelze zapomínat na významný sociálně kulturní rozměr jídla v naší společnosti, který se projevuje v oslavách, rodinných tradicích, společenských a pracovních večeřích aj. (Wagenknecht, 2011).

Jídlo obvykle přináší uspokojení a většinou je vnímáno jako něco příjemného. V dospělosti se může jídlo snadno stát prostředkem, který v situacích úzkosti, ohrožení, selhání, zátěže, frustrace či stresu dokáže vyvolat pocity uspokojení – uklidnění, uvolnění (viz také stručné pojednání výše). V těchto situacích obézní pacienti často přestávají rozlišovat mezi fyziologickým hladem, který lze utišit jídlem, a symbolickým nebo také emočním hladem, který je ovšem hladem po nějaké emoci, a jako takový jej jídlem plně uspokojit nelze (Hainer et al, 2011).

V dnešní konzumní společnosti, která je založena na uměle vytvářených potřebách a nenasytném spotřebovávání, je přitom udržení optimální tělesné hmotnosti obtížné. Jakoby byla propagována víra, že čím dál vyšší konzumování věcí, produktů nebo zábavy člověka dříve či později dovede do stavu trvalého uspokojení. Pouhou konzumací ovšem nelze uskutečnění konkrétní lidské individuality nikdy dosáhnout (Wagenknecht, 2011).

Problematický vztah k jídlu, který lze u obézních často pozorovat, může podle jednoho z již zmíněných teoretických konceptů (Fuchsová, 2001), tedy podle hlubinné psychologie, odrážet to, že jídlo funguje jako droga, s jejíž pomocí člověk zaplňuje pocit prázdnoty a případně i umlčuje pochybnosti o sobě samém. V takovém případě touží mít přesycený člověk stále více, neboť důvodem je to, že se mýjí sám se sebou (Hainer et al., 2011).

Vztah k jídlu se utváří již v kojeneckém věku, kdy kojení je ideálně spojeno s pocity tepla, bezpečí, jistoty a lásky. Například ale matka, která je v mateřské roli úzkostná, nejistá, může svoji nejistotu dítěti vynahrazovat nadměrnou starostlivostí, což u dítěte může vést ke vzniku velké závislosti na matce. Jídlo může v této situaci přebírat úlohu prostředku ke

zbavení úzkosti – a baculaté dítě se pro takovou matku stává důkazem jejího dobrého mateřství. Může se jednat o jeden z mechanismů vzniku obezity u dítěte (Málková, 2005).

Tyto naučené způsoby zacházení s jídlem či role, kterou plní, člověk často v dospělosti opakuje, zejména v situacích úzkosti, ohrožení, ponížení, selhání, neúspěchu, zátěže, frustrace či stresu. Tento kompenzační mechanismus vede k tomu, že obézní člověk přestává rozlišovat mezi fyziologickým hladem, který jediný lze utišit jídlem, a symbolickým, emočním hladem, jak již bylo zmíněno výše. Zde se otevírá cesta k fixaci nepřiměřeného jídelního chování a postojů (Wagenknecht, 2011; Málková, 2011).

3.3.5. Vliv obezity na psychické funkce

Přes výše zmíněnou obecnou podporu člověka ke konzumaci panuje v dnešní společnosti zároveň trend upřednostňující štíhlou linii, z čehož lze vyvozovat, že jedinec s nadváhou bude diskriminován, což se často potvrzuje. Tomu příliš nepomáhá ani skutečnost, že obezita je na první pohled zjevná, a že je pokládána za důsledek nedostatku sebeovládání jedince. Lze se domnívat, že ačkoliv obézní jedinci nejsou ohroženi zvýšeným rizikem vzniku psychopatologií z důvodu predispozice, jak již bylo řečeno výše, je to právě společenský tlak směřovaný proti obezitě, který se, nabude-li nevhodné podoby či přílišné intenzity, může stát spouštěcím momentem psychopatologie obézního jedince (Hainer et al., 2011; Málková a Krch, 2001).

3.4. Tělesné sebepojetí a obezita

Pojem tělesné sebepojetí (*body image*, případně *physical self*) vyjadřuje emocionálně afektivní hodnocení vlastního těla a je součástí celkového sebepojetí (*self concept*), tedy celkového pojetí vlastní osoby, jež zahrnuje prvky kognitivní, emocionální i činnostně regulativní (Fialová, 2001). Vědomí vlastního těla je v tomto pojmu rozšířeno o všechny pocity a představy spojené s tělem, kterými může jedinec něco vypovídat. Přehledné vyjádření hlavních pojmů souvisejících s tělesnou zkušeností člověka je uvedeno v publikaci Fialové (2001, obr. 1, s. 22). Tento pojem je rozpracován v pracích autorů, jako jsou Fox, Mrazek, Siebrass (Fialová, 2001).

Sebepojetí lze chápat jako obraz já. Tělesné sebepojetí zahrnující tělesný vzhled, výkonnost a zdraví je velmi důležitou součástí celkového sebepojetí. S tím, jak nároky na

vzhled našeho těla stoupají, ovšem vzrůstají i poruchy sebepojetí, zejména u adolescentní ženské populace (toto téma nicméně již překračuje rámec předkládané diplomové práce). Podle řady zahraničních výzkumů (např. Fox, 1999) je pocíťovaná obezita více škodlivá pro psychiku žen než mužů. Pohlaví hraje významnou roli, pokud jde o vztah k vzhledu člověka a zprostředkovaně i k chování jedince pro zdraví, krásu a zdatnost těla. Ženy jsou celkově se svým vzhledem spokojeny méně než muži, přitom největší výhrady mají ke své postavě a hmotnosti. Ženy sice hodnotí svůj vzhled i zdraví níže, svým tělem se ale zabývají více než muži a lépe si jeho problémy a nedostatky uvědomují. Dospělé ženy kontrolují svůj vzhled více než muži, důsledkem může být jejich uvědomělejší přístup k výživě a péči o vlastní tělo. Muži hodnotí své tělesné sebepojetí celkově výše než ženy, kromě složky zdraví, kde uvádějí více psychosomatických potíží než ženy. V souvislosti s tělem je pro ně důležitější výkonnost než krása, více pečují o vlastní zdatnost, častěji provozují sport a se svým tělem jsou spokojenější (Fialová, 2001). Zmíněná autorka se zabývá i zkoumáním řady dalších třídicích kritérií, jako je vzdělání, rozdíly mezi sportující a nesportující populací, tělesná konstituce aj., což ovšem přesahuje rámec této práce.

Na tělesnost se ovšem lze podívat i z odlišného hlediska. Dle Hogenové (2002) dává tělesnost člověku to, co mu v dnešní době velmi chybí, totiž pocit jistoty, evidence, „svojství“. Dle autorky se prožívání vlastní tělesnosti stává únikem z entropie našeho společenského i individuálního života. Sportování a tělesné prožívání se stává oblastí, v níž se vytváří pocit vlastního prostoru, domova, jistoty. Kvalita života se v této souvislosti pojí s prožíváním tělesnosti v jiném smyslu, než je zdravotní aspekt, vzniká zde obrovské pole existenciálního charakteru, v němž tělesnost začíná hrát rozhodující úlohu. Dle autorky nelze kvalitní život vyrobit z návodů, jak jíst, spát, pracovat a milovat. Je třeba „dostat věc před oči rozumu a dostat ji bez překážek, dovolit věci, aby nám vyšla vstříc, tj. setkat se s pravdou“, to je podstatou kvalitního života. Jde tudíž o to, jak je člověk naladěn na jsoucna a na svět, protože toto naladění je vůbec nejdůležitější (Hogenová, 2002). Další úvahy na toto z hlediska současnosti velice zajímavé pojednání nicméně překračují rámec této práce.

V podobném duchu, ovšem výrazněji populárně naučným jazykem se souvisejícím tématem, a sice prameny nespokojenosti, zabývá publikace autorů Johnson a Ruhl (2000). Tito autoři pojednávají o významu spokojenosti a toho, co pro člověka znamená její ztráta, a dále předkládají praktické postupy a nástroje, s jejichž pomocí lze rozpoznat spokojenost v každodenním životě. Z této publikace lze v souvislosti s tématem předkládané diplomové práce zmínit pojednání o „umění ustoupit“ (Johnson a Ruhl, 2000, s. 88). Při veškerém

snažení o dosahování cílů jakéhokoliv druhu může z hlediska „já“ člověka ustoupení vypadat jako nezdar. Nicméně stejně jako nastává období, kdy člověk bere život do svých rukou, má jej pod kontrolou a uplatňuje svou vlastní vůli, přichází i období, kdy se vzdává silám, jež jsou mocnější než on. Člověk většinou nerad ustupuje, protože se tím zdánlivě naznačuje porážka. Ustoupit však neznamená totéž jako vzdát se, nýbrž v takovém případě člověk vědomě dělá to, co se dá udělat, a zároveň uznává hranice osobního „já“. „Tak jako přichází čas, kdy se ujímáte vedení, prosazujete svou vůli a jdete si za svým, tak přichází i čas, kdy je potřeba obětovat vědomí programu tomu, „co je““ (Johnson a Ruhl, 2000, s. 89).

Jak již bylo uvedeno, vznik obezity ovlivňuje mimo jiné přejídání, snížená fyzická aktivita, nadměrný příjem léků (ponecháme-li stranou otázky dědičnosti). Dále ovšem působí psychický stres, který může vyvolávat situační psychické přejídání i u jedinců duševně zdravých. Tento stres vzniká nejčastěji jako součet duševních úrazů a selhání a příslušné situace zahrnují konflikt, činnost v časové tísní, pocit ohrožení, frustrace a deprivace, zvláště emoční. Jeho hlavním ukazatelem je negativní emoční ladění, prožívané jako úzkost, deprese, apatie, ale i agrese, přičemž vlivem negativních emocí může u některých jedinců docházet k přejídání (zatímco jiní reagují nechutenstvím). U obézních jedinců se lze nejčastěji setkat s přejídáním, které je podmíněné úzkostí, jež je zaháněna slastným požitkem z jídla, z nasycení. Dalšími z faktorů, které působí, jsou frustrace, jež může vést k nahrazení nedostupného cíle jiným, dostupnějším, v daném případě jídlem. Tzv. „jedení z rozpaků“ tlumí pocity vnitřního napětí, nejčastěji z očekávání, „nutkavé jedení“ lze popsat jako stav, kdy je sice člověku zřejmá nesmyslnost jeho konání, neumí nicméně přejídání zabránit. Nejčastěji se jedná o projev neurózy (viz také Faleide, Lian a Faleide, 2010) a zjednodušeně znamená transformaci úzkosti do provádění nějakého úkonu, jako je v tomto případě jedení (Fialová, 2001).

3.4.1. Psychologický přístup k diagnostice

Psychologický přístup má při léčbě obezity nezastupitelný význam právě vzhledem k psychosomatickému pojetí a souvisejícím konceptům zmiňovaným výše. Základem je diagnosticko-anamnestický rozhovor zaměřený na změny tělesné hmotnosti v souvislosti s významnými životními událostmi. Součástí je zjištění jídelních zvyklostí, přičemž důraz je kladen na exploraci emocionální podmíněnosti konzumace potravy. Hledají se případné příznaky záchvatovitého přejídání, syndromu nočního přejídání, bulimických rysů či

závislého chování. Dále se zjišťuje rozložení jídla během dne, způsob konzumace, diety, jo-jo efekt, vliv emocí a stresu na konzumaci potravy a další související skutečnosti (Wagenknecht, 2011). Ačkoliv obezita nepatří mezi duševní poruchy, existuje-li dostatek důkazů o tom, že základním vyvolávajícím činitelem obezity je přejídání jako důsledek psychických faktorů, může být v daném případě obezita zařazena mezi poruchy příjmu potravy. Může se vyvinout také tzv. reaktivní obezita, která se typicky objevuje u osob se sklonem k přibývání hmotnosti po obzvláště silném negativním emočním zážitku (Smolík, 2002).

3.5. Léčba obezity

V posledních letech došlo v oblasti cílů a metod léčby obezity k významným změnám. Jednak bylo prokázáno, že i mírný pokles tělesné hmotnosti (o 10%, v některých případech dokonce o 5%) stačí k tomu, aby se zastavilo nebo alespoň významně zpomalilo tempo progresu, což znamená prevenci většiny komplikací obezity. V tomto ohledu je cílem většiny moderních léčebných programů 10% úbytek hmotnosti (Málková, 2011). A jednak bylo zjištěno, že pro většinu obézních je nemožné trvale udržet tělesnou hmotnost dosaženou v průběhu léčebného programu. Hlavním cílem se tudíž stává nikoliv pouze snížení hmotnosti, ale především její účinné a dlouhodobé řízení. Nezastupitelnou úlohu hraje v dnešní léčbě obezity kognitivně-behaviorální terapie. Podle Hlúbika a Vosečkové (2002) je u pacientů s nadměrnou tělesnou hmotností a obezitou nutno využít celou škálu anamnestických, klinických, biochemických a metabolických vyšetřovacích postupů. Z hlediska léčby je nutno věnovat pozornost psychologickým faktorům, mezi něž lze z tohoto úhlu pohledu řadit rodinnou anamnézu, situační pozadí, osobnostní profil aj., zejména při opakovaném selhávání ve snižování hmotnosti.

3.5.1. Léčba obezity dietou

Zpočátku je cílem dosažení negativní energetické bilance vedoucí k poklesu nadměrné hmotnosti. V dlouhodobé fázi léčby, která následuje, je cílem navodit novou energetickou rovnováhu a udržet dosažený pokles hmotnosti (Kunešová et al., 2011). Ovlivnění příjmu potravy a výsledná změna diety (v jejím nejširším slova smyslu, tedy jako způsobu života) jsou zásadní podmínkou úspěchu v léčbě obezity. Správná dieta je přitom taková, která je

přiměřená energetickému výdeji a je vyvážená, přičemž její složení a energetický obsah odráží věk, pohlaví, stádium vývoje, chuťové preference, jídelní zvyklosti a další individuální charakteristiky (Kunešová et al., 2011).

V této souvislosti je třeba zmínit mediteránní dietu, u níž byla popsána významně lepší prognóza z hlediska prevalence koronární srdeční choroby, dále menší abdominální obezita, stanovená měřením obvodu pasu (Romaquera et al., 2009). Mediteránní dieta obsahuje řadu složek se společným příznivým efektem. Jedná se především o vysokou spotřebu olivového oleje, vyšší spotřebu zeleniny a luštěnin ve formě salátů i vařených jídel, vysokou konzumaci obilovin a hroznového vína. Vyznačuje se výrazně vyšším poměrem mononenasycených / nasycených mastných kyselin, než jak tomu je v dietách zemí severní Evropy a USA (Kunešová et al., 2011).

Kromě tuků, potažmo lipidů se v dietě sleduje obsah bílkovin, sacharidů, dále glykemický index, obsah vlákniny, energetická denzita (vydatnost) potravy a další složky. Při snižování obezity se uplatňují redukční diety, které lze dělit následujícím způsobem (Kunešová et al., 2011):

1. Vyvážená strava – jedná se o nízkoenergetickou dietu s vyváženým složením jednotlivých živin, jejíž energetický obsah je oproti energetickému výdeji snížen, a sice zhruba o 2000-2500 kJ/den s přihlédnutím k dalším doporučením a stavu, věku aj. pacienta. Průměrný obsah základních živin v redukční dietě je uveden v tabulce 3.
2. Diety omezující jednu ze živin – tyto diety navazují především na ověření úlohy sacharidů a tuků ve vztahu ke vzniku obezity a metabolických a oběhových onemocnění (jejich příklady jsou uvedené v publikaci Hainer et al. (2011, tabulka 10.3, s. 196). Může se jednat o dietu se sníženým obsahem tuku, dietu se změněným složením tuků a o bezsacharidovou dietu.
3. Tekuté diety – jedná se o velmi přísné nízkoenergetické diety (VLED z anglického označení *very low energy diets* nebo VLCD z anglického *very low calorie diets*), které patří mezi náhrady potravy. Tyto diety mají definovaný obsah energie (do 3200 kJ/den), bílkovin, sacharidů a nízký obsah tuků, převážně ve formě polynenasycených mastných kyselin. Tyto diety mají své specifické indikace a kontraindikace (Hainer et al., 2011).

Tabulka 3. Průměrný obsah základních živin v redukční dietě (plus doporučená denní dávka minerálů a vitamínů) (Kunešová et al., 2011)

Složka	kJ	kcal	Bílkoviny	Tuky	Sacharidy	Vláknina
Obsah	6000	1450	75 g	45 g	180 g	20-30 g
Zastoupení (%)			20-25	20-30	50-55	

3.5.2. Pohybová aktivita

Pohybová aktivita představuje nedílnou součást léčby obezity, má zásadní roli v prevenci obezity a chorob s ní spojených. Pohybová aktivita zasahuje do celotělového energetického metabolismu následujícími mechanismy (Štich, 2011):

- mění energetickou bilanci organismu tím, že dochází ke zvýšení energetického výdeje,
- může ovlivňovat klidový energetický výdej a rovněž postprandiální termogenezi,
- mění relativní zastoupení tuků při hrazení energetické spotřeby, a to v klidu i při tělesné zátěži.

Energetický výdej při různých rekreačních pohybových aktivitách, vyjádřený poměrem energetického výdeje při dané činnosti ku klidovému energetickému výdeji (přibližně 1 kcal/kg hmotnosti za hodinu) je přehledně uveden v publikaci Hainera et al. (tabulka 12.1, s. 218). Pohybová aktivita přitom může ovlivňovat klidový energetický výdej, nicméně dosavadní výsledky jsou nejednoznačné, určitou roli může rovněž hrát nárůst aktivní svalové hmoty, resp. její úbytek při poklesu pohybové aktivity (Štich, 2011). U obézních jedinců dále může mít velký význam zvýšená utilizace nitrosvalových triacylglycerolů při ovlivnění vývoje inzulínové rezistence. Dále má pohybová aktivita příznivý účinek na dyslipidemii a hypertenzi.

Při léčbě obezity se obecně doporučuje aktivita aerobního typu, v poslední době byly nicméně prokázány příznivé účinky i aktivity silově dynamické (Štich, 2011). U jedinců s obezitou a nadváhou se pro dosažení příznivého zdravotního účinku cvičení doporučuje 150-200 minut/týden pohybové aktivity střední intenzity. V případě, že je cílem redukce hmotnosti, doporučuje se pohybová aktivita střední intenzity s dobou trvání 250-300

minut/týden (což představuje energetický výdej 1500-1750 kcal/týden). V případě kombinace s nízkoenergetickou dietou se zvyšuje úbytek hmotnosti vyvolaný dietou. U obézních jedinců nicméně obnáší pohybová aktivita i určitá rizika, zejména rizika poškození pohybového systému. Tak lze snížit volbou vhodného typu aktivity a vyloučením vyšších intenzit zátěže (Štich, 2011).

3.5.3. Kognitivně-behaviorální přístup

Kognitivně-behaviorální terapie jako jeden ze základních směrů současné psychoterapie umožňuje záměrné upravování narušené činnosti organismu psychologickými prostředky (Málková, 2011). V případě návykových problémů, mezi něž mimo jiné patří obezita, kouření a drogy, se ukazuje, že právě směr kognitivně-behaviorální terapie (KBT) patří mezi nejefektivnější. KBT si klade za cíl především odstranění či zmírnění nevhodných návyků, v novějších přístupech se nicméně bere v úvahu i celková struktura osobnosti (Málková, 2011).

KBT (v souvislosti s obezitou) pracuje s faktory behaviorálními, kognitivními a interpersonálními (Možný a Praško, 1999):

1. Behaviorální faktory – jedná se o ovlivnění stravovacích návyků (například příjem nepřiměřeného množství jídla, výběr nevhodného jídla, nevhodný režim, nevhodný pitný režim a další) a pohybové návyky (zahrnují žádnou pohybovou aktivitu, nevhodnou pohybovou aktivitu a sedavou činnost).
2. Kognitivní faktory – z hlediska kognitivních faktorů bývá častou chybou vytyčení si nereálních cílů, dále volba nevhodných způsobů redukce nadváhy s možným navozením automatických negativních myšlenek, které navodí zhoršení nálady a často změnu chování ve smyslu ztráty kontroly a hledání útěchy v jídle. Mezi problémy spadající do této oblasti patří i zkreslené vnímání těla a negativní postoj k vlastnímu tělu, často se rozvíjející již od dětství.
3. Interpersonální faktory – v této oblasti má velký negativní vliv tzv. toxické prostředí, kdy jsou obézní povzbuzováni ke konzumaci nevhodných potravin v nadměrných dávkách, kdy je konzumace jídla spojována s určitým životním stylem apod. Na druhou stranu v současnosti existuje množství škodlivých nabídek na hubnutí. Rolí dále hraje tzv.

společná kuchyně, kdy se stravování a příprava jídel dědí v rodině z generace a generaci, a dále blízké okolí.

KBT vychází z teorií učení, kdy výsledkem procesu učení jsou změny v chování, myšlení a emocích, přičemž se mezi tyto teorie učení řadí klasické podmiňování, operantní podmiňování a kognitivní teorie (např. Plháková, 2004). Cílem KBT je v souvislosti s obezitou vypracování programu, jímž se na základě teorií učení navodí žádoucí změny v nevhodném chování, myšlení a emocích (Málková, 2011).

V terapii obezity je v první řadě nutno jasně a konkrétně diagnostikovat problém, po indikaci KBT se následně volí technika podle osobnosti obézního klienta a charakteru obezity. Mezi nejčastější techniky patří: techniky sebekontroly, kognitivní techniky, relaxační techniky a modelování (podrobněji viz Málková, 2011, s. 239). Cílem je, zejména pomocí technik sebekontroly, vyvinout správné a trvalé vzorce chování a správný postoj k jídlu a pohybu. Trvalého posilování a zpevňování se dociluje odezvou terapeuta a terapeutické skupiny, ev. za použití jiných technik či jinými osobami, například působením přes internet. Jednotlivé techniky se obvykle kombinují – behaviorální techniky nastupují tam, kde je třeba působit na chování, kognitivní techniky tam, kde je potřeba ovlivnit myšlenky, a konečně relaxační techniky v případech, kdy je potřeba ovlivnit emoční rovinu (Málková, 2011).

3.5.4. Farmakoterapie obezity

Podle Hainer et al. (2011) se farmakoterapie obezity doporučuje v těchto případech:

- U pacientů s indexem BMI ≥ 30 , došlo-li k selhání komplexní nefarmakologické léčby, tj. jestliže během tří měsíců léčby nebylo dosaženo hmotnostního poklesu většího než 5%,
- U pacientů s indexem BMI 27-30 v případě, že jsou přítomna kardiovaskulární a metabolická rizika (např. hypertenze, dyslipidemie, diabetes 2. typu) související s obezitou.

Z hlediska mechanismu působení lze používaná farmaka rozdělit do pěti skupin (Hainer et al., 2011:

1. Látky působící v CNS tak, že vyvolávají pocit nasycení či tlumí pocit hladu – tyto látky mohou působit prostřednictvím neurotransmiterů, jako jsou serotonin, noradrenalin a dopamin, část z nich je někdy označována jako anorektika (resp. anorexika), např. sibutramin. Mimo jiné se používají i antidepresiva, např. sertralin, fluoxetin, venlafaxin,

zajímavé využití by mohl rovněž nabídnout bupropion.² A dále mohou tyto látky působit prostřednictvím hormonálních mechanismů, jako jsou leptin, neuropeptid Y, orexiny, ghreliny a další; zde se předpokládá uplatnění analog, resp. antagonistů těchto anorexigenních, resp. orexigenních hormonů.

2. Látky ovlivňující nejen pocit hladu a sytosti, ale i regulaci hedonických odpovědí v CNS prostřednictvím endokanabinoidních a dalších receptorů.
3. Látky zvyšující energetický výdej (tzv. termogenní farmaka) nebo oxidaci tuků v organismu.
4. Látky ovlivňující metabolismus v periferních tkáních, např. v játrech, ve svalu, v pankreatu a v tukové tkáni (např. některé hormony gastrointestinálního traktu a jejich analoga).
5. Látky snižující dostupnost tuků v organismu ovlivněním jejich vstřebávání, např. orlistat nebo cetilistat.

S antiobezitiky se rovněž pojí nežádoucí účinky, které jsou různé podle zvoleného charakteru látky a mechanismu působení – může se jednat o psychostimulační působení nebo o depresi, kardioexcitační působení, neurotoxicitu, plicní arteriální hypertenzi, návykovost a další. V současnosti je pro dlouhodobou léčbu registrován pouze orlistat (do nedávné doby rovněž sibutramin). Ke krátkodobé léčbě se v některých zemích používá fentermin a směs efedrinu a kofeinu (Elsinorské prášky) (Hainer et al., 2011). Do budoucna se naděje vkládají především do hormonů gastrointestinálního traktu (např. glucagon-like peptide-1 [GLP-1], cholecystokinin, amylin, pankreatický polypeptid, ghrelin), jelikož narozdíl od antiobezitik ovlivňujících neuropřenašečové systémy se předpokládá méně nežádoucích účinků. Mezi klinicky zkoušené přípravky patří exenatid či depotní analoga taspoglutid a albiglutid (Hainer et al., 2011).

² U bupropionu byla publikována kazuistická sdělení dokládající úspěšné (*off-label*) použití bupropionu v léčbě ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), syndromu neklidných nohou, chronického únavového syndromu, ze somatických onemocnění pak kromě obezity při revmatoidní artritidě, Crohnově chorobě, mnohočetném myelomu a chronické lymfatické leukémii (Foley a DeSanty, 2006).

3.5.5. Chirurgická léčba obezity

Pro úplnost je nutno zmínit i existenci chirurgické léčby obezity. U bariatrické chirurgie bylo prokázáno, že je nejúčinnějším a dlouhodobě nejefektivnějším způsobem léčby pacientů s obezitou 2. stupně a s komorbiditami, případně s obezitou 3. stupně i bez komorbidit. Chirurgická léčba vykazuje vysokou dlouhodobou (pěti- a víceletou) úspěšnost (u více než 80% pacientů). Dochází po ní k podstatnému snížení úmrtnosti i k poklesu rizika vzniku a progresu nových chorob souvisejících s obezitou. S nástupem laparoskopických miniinvazivních metod došlo k výraznému zvýšení bezpečnosti i účinnosti operačního řešení obezity. Kromě intragastrických balónů, které lze použít na omezenou dobu, a které lze zavádět i odstraňovat ambulantně, lze bariatrickou chirurgii dělit na dva hlavní typy – restriční (adjustabilní bandáž žaludku, tubulizace žaludku a plikace velkého zakřivení žaludku) a malabsorpční (biliopankreatická diverze, biliopankreatická diverze se zachováním duodenální pasáže). Existují rovněž hybridní zákroky, jejichž zástupcem je gastrický bypass. Problematika bariatrické chirurgie je zde pouze stručně nastíněna podle Frieda (2011). V uvedené publikaci lze nalézt podrobnější výklad včetně indikací a kontraindikací a neméně významného pooperačního sledování pacientů.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

4. Výzkumný projekt

Volba výzkumného tématu vychází ze skutečnosti, že obezita či nadváha představuje v současnosti palčivý problém, podle WHO (1997) je dokonce nazývána epidemií 3. tisíciletí. Dnes je chápána jako chronické onemocnění, které je spojené s rizikem rozvoje dalších, závažných somatických poruch. Její prevalence v rozvinutých a rozvíjejících se zemích stoupá a platí to i pro Českou republiku. Podle SZÚ je v České republice obezitou postiženo zhruba 25% žen a 22% mužů a nadváha je obecně problémem pro více než 50% populace středního věku. Kromě souvisejících zdravotních potíží a ekonomických nároků kladených na systémy zdravotní péče obezita obecně souvisí se sníženou kvalitou života (viz např. Hainer et al., 2011; Hlúbík a Vosečková, 2002; Wadden et al., 2002).

V České republice působí již 23 let organizace STOB, která (mimo jiné) pořádá kurzy zaměřené na snižování nadváhy a zmírňování obezity s využitím metod kognitivně-behaviorální terapie a cvičení (viz např. Málková, 2002; Málková, 2005; www.stob.cz; www.stobklub.cz; www.stobklub.cz/sebekoucink/). Efektivitou kurzů STOB se již zabývala řada prací (viz např. Kintrová a Schneidrová, 2009). Od úspěšnosti kurzů a aktivit STOB se odvíjejí snahy o rozvoj dalších intervencí směřujících k úpravě životního stylu, jejichž cílem je léčba či prevence obezity a zlepšení kvality života (viz např. Skalská a Bunc, 2012).

Tento projekt je rozdělen do dvou částí. První z nich (dále jen „studie A“) je zaměřena na zpracování dat shromážděných v rámci výzkumu realizovaného M. Skalskou. Data byla poskytnuta v surové formě a jejich zpracování v rámci této práce bude využito pro účely disertační práce M. Skalské a k navržení dalšího postupu vědeckovýzkumné práce. Spolupráce bude dále probíhat i po dokončení této práce. V druhé části (dále jen „studie B“) je zkoumán vliv absolvování základního kurzu STOB obézními ženami nebo ženami s nadváhou na změnu kvality života a jsou sledovány dlouhodobější změny ve formě sebehodnocení a vlastní účinnosti. V této druhé části jsou zpracována data, která získala autorka této práce.

4.1. Design výzkumu

1. krok	Stanovení cílů výzkumu
2. krok	Navázání kontaktu s organizací STOB
3. krok	Výběr vhodných populací pro ověření cílů výzkumu <ol style="list-style-type: none">1. Skupina s intervencí ve formě chůze dle výzkumného projektu za účelem vytvoření a realizace pohybového programu pro plně zaměstnané dospělé (pro studii A)2. Skupina absolvující základní kurz STOB (pro studii B)
4. krok	Vlastní účast na kurzu STOB spojená se sběrem dat
5. krok	Vyhodnocení dat
6. krok	Zpracování výstupu do výzkumného projektu zabývajících se pohybovým programem pro plně zaměstnané dospělé s posouzením vlivu programu na kvalitu života z psychologického hlediska
7. krok	Závěry výzkumu

4.2. Studie A

V rámci této studie jsou zkoumána data získaná ze sledování skupiny žen lektorkou organizace STOB, MUDr. Marií Skalskou, v Praze. Charakter studie je podrobně popsán v příloze č. 1. Data jsou zpracovávána v rámci disertační práce MUDr. M. Skalské s názvem Ovlivnění nadváhy a obezity žen středního věku pohybovou intervencí, školitel doc. MUDr. Jan Heller, CSc., Fakulta tělesné výchovy a sportu, UK, studijní program: kinantropologie, studijní obor: kinantropologie. Data byla průběžně poskytována v surové formě (vyplněné dotazníky, anamnestické údaje), následně byla autorkou této práce zpracována v programech SPSS a Microsoft Excel. Pohybovou intervencí je chůze. Účastnice jsou v rámci studie sledovány až tři roky. Podrobnější popis je uveden v příloze č. 1.

4.2.1. Popis vzorku

Tato populace (dále jen „populace A“) zahrnuje 24 účastnic (žen), které do studie vstupovaly průběžně od podzimu roku 2010, a jejichž sledování dosud není ukončeno. Všechny účastnice absolvovaly úvodní návštěvu, intervenci o délce 20 týdnů a závěrečnou návštěvu. Kontrolu po 1 roce absolvovalo 17 účastnic a v této práci je i tato kontrola

zpracována. Kontrolu po 2 a 3 letech dosud absolvovalo pouze 7, resp. 3 účastnice. Vzhledem k nízkému počtu nejsou data z těchto dvou kontrol v této práci zpracována, jejich zpracování se plánuje, až tyto kontroly absolvuje alespoň 17 účastnic, nebo až bude zřejmé, že další účastnice se již sledování nechtějí účastnit, a že jejich počet je již konečný. V následující tabulce 4 jsou uvedené základní demografické údaje o zkoumaném vzorku.

Tabulka 4. Základní demografické údaje o populaci A

	Věk	Rodinný stav	Děti	Charakter zaměstnání
1	57	vdaná	ano	sedavé
2	33	vdaná	ano	mateřská
3	40	vdaná	ano	sedavé
4	51	rozvedená	ano	sedavé
5	49	vdaná	ano	sedavé
6	52	rozvedená	ano	střídavé
7	49	vdaná	ano	s pohybem
8	51	vdaná	ano	sedavé
9	54	vdaná	ano	sedavé
10	30	svobodná	ne	sedavé
11	33	vdaná	ne	sedavé
12	58	vdova	ano	důchod, dříve sedavé
13	39	vdaná	ano	sedavé
14	30	rozvedená	ano	sedavé
15	44	vdaná	ne	s pohybem
16	49	rozvedená	ano	sedavé
17	40	vdaná	ano	s pohybem
18	47	vdaná	ano	střídavé
19	44	vdaná	ano	sedavé
20	35	vdaná	ne	s pohybem
21	41	rozvedená	ano	sedavé
22	39	vdaná	ano	sedavé
23	42	vdaná	ano	sedavé
24	60	vdova	ano	důchod, dříve sedavé

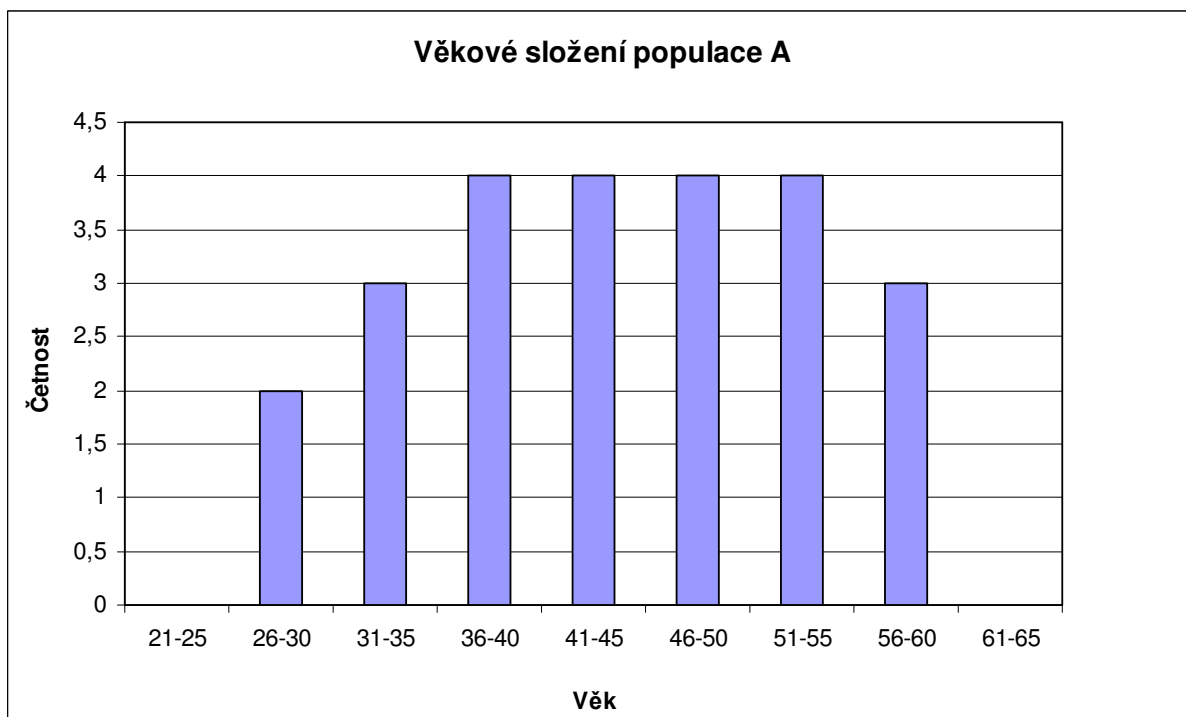
Z rozsáhlých anamnestických dat je popisná statistika zpracována pro věk, výšku, hmotnost (resp. BMI), vzdělání. Laboratorní hodnoty a jejich vývoj zde nejsou zmiňovány a zájemce lze odkázat na sepsovanou disertační práci M. Skalské. Pro zajímavost jsou zde nicméně uvedené některé další vybrané anamnestické faktory:

- Většina žen uvádí, že má sedavé zaměstnání, konkrétně 17. Ostatní uvádějí částečně sedavé zaměstnání (například učitelka, realitní makléř), pouze jedna výslovně uvádí, že nemá sedavé zaměstnání (geodet).
- 8 žen uvádí, že byly „baculaté dítě“, ostatní nikoliv.
- Většina žen uvádí plíživý nárůst hmotnosti, nejdříve od 15 let, většina od mladšího středního věku a po dětech, jedna po ukončení sportovní činnosti trvající 21 let. Nejpozdějším věkem uváděným jako začátek nárůstu hmotnosti je věk 40 let.
- U 11 žen měli nadváhu oba rodiče, u 7 měla nadváhu matka (z toho jedna matka měla nadváhu v minulosti, v současnosti nemá), u 2 otec, u 1 sestra, u 4 neměl nadváhu žádný z rodičů.
- 8 žen udává, že mají v rodinné anamnéze kardiologické onemocnění, ostatní nikoliv. Ve většině případů není uvedeno, zda je postiženou osobou matka nebo otec, ve většině případů rovněž nejsou uvedena jiná onemocnění (např. diabetes).

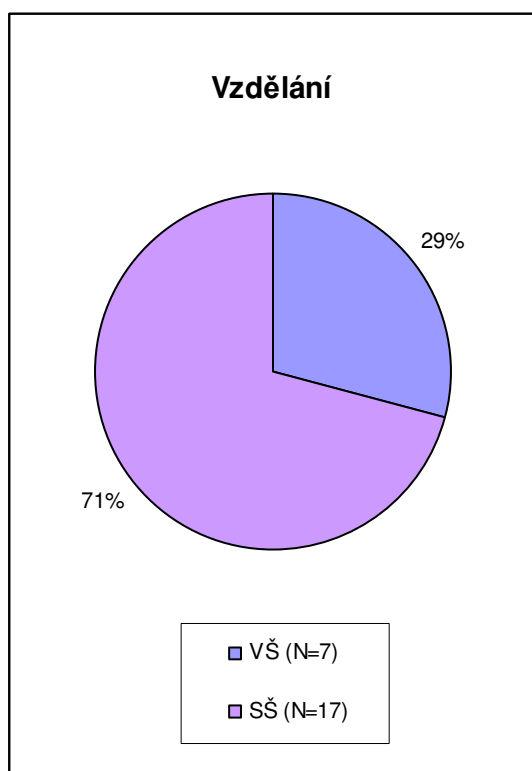
V následující tabulce 5 je uvedena věková charakteristika skupiny ze studie A, věkové složení je rovněž znázorněno na obrázku 4.

Tabulka 5. Věková charakteristika populace A

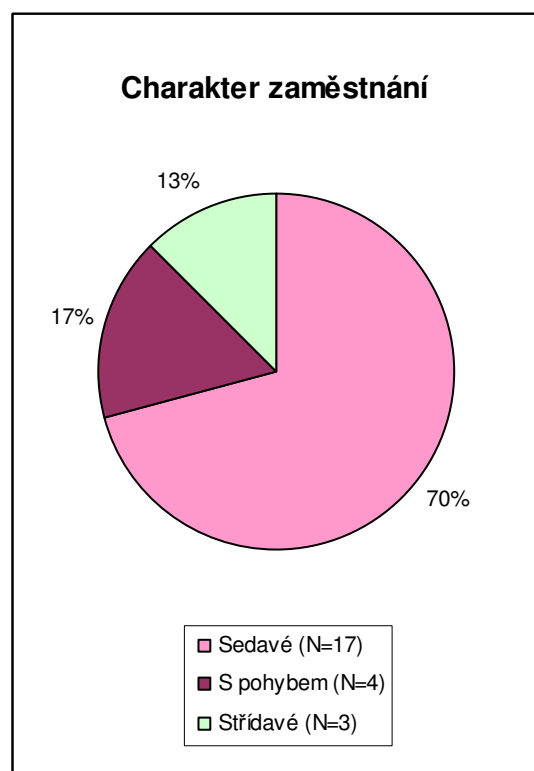
N	24
Střední hodnota	44,46
Medián	44,00
Modus	49
Směrodatná odchylka	8,777
Minimum	30
Maximum	60



Obrázek 4. Věkové složení populace A



(a)

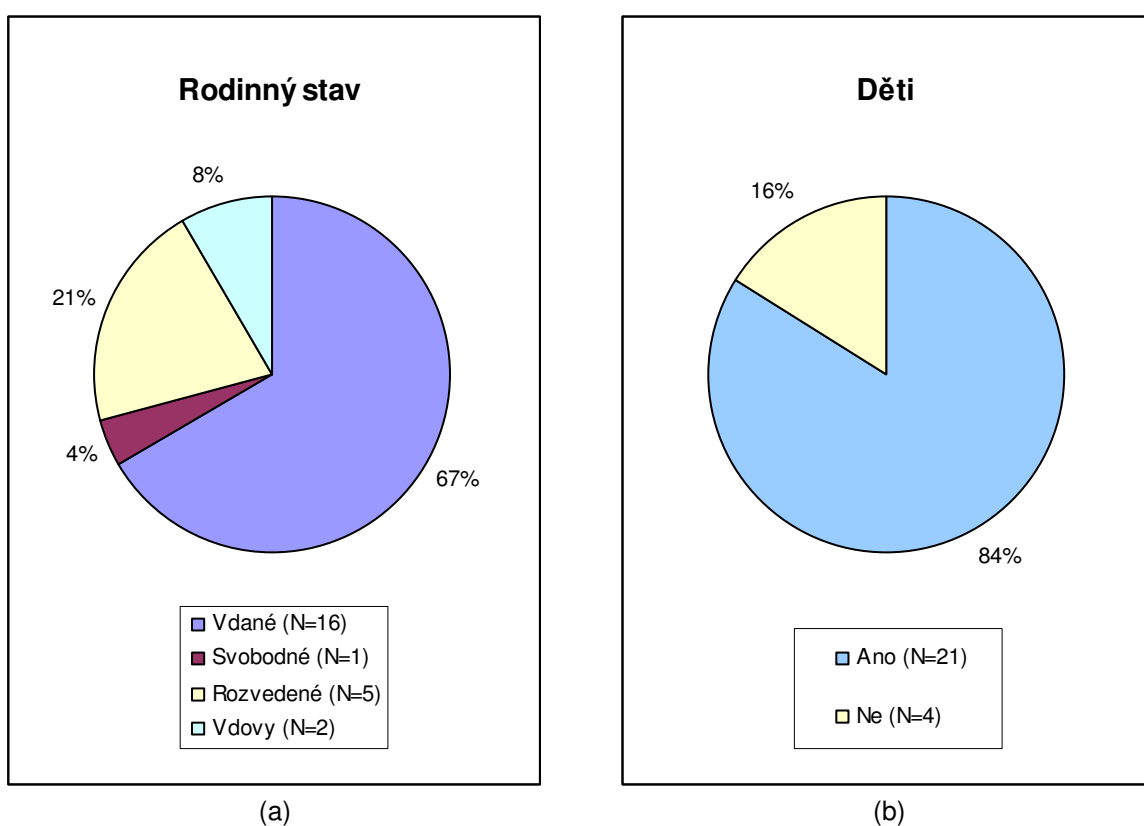


(b)

Obrázek 5. Složení populace A z hlediska vzdělání (a) a charakteru zaměstnání (b)

Na obrázku 5 je pro lepší názornost uvedeno složení populace A z hlediska vzdělání a charakteru zaměstnání. Je patrné výrazné zastoupení osob s vyšším vzděláním (populace zahrnuje pouze osoby s vysokoškolským, resp. středoškolským vzděláním). Pro účely lepší přehlednosti zaměstnání jsou použity pouze tři kategorie; „mateřská“ podle tabulky 4 je zahrnuta do kategorie „střídavé“, „důchod, dříve sedavé“ je zahrnut do kategorie „sedavé“.

Na obrázku 6 je graficky znázorněn rodinný stav populace a informace o tom, zda účastníci mají nebo nemají děti.



Obrázek 6. Složení populace A z hlediska rodinného stavu (a) a dětí (b)

V tabulce 6 jsou uvedené údaje o výšce, hmotnosti (vstupní / výstupní po 20 týdnech) a příslušných BMI pro populaci A.

Tabulka 6. Údaje o výšce, hmotnosti a BMI pro populaci A při zahájení studie a po 20 týdnech intervence

	Výška [cm]	Váha vstupní [kg]	Váha výstupní [kg]	BMI vstupní	BMI výstupní
1	168,0	102,1	103,1	36,2	36,5
2	171,7	91,7	90,8	31,1	30,8
3	170,8	109,4	107,4	37,5	36,8
4	165,9	88,4	86,6	32,1	31,5
5	173,7	104,6	103,2	34,7	34,2
6	149,4	85,0	83,8	38,1	37,5
7	167,0	93,0	92,5	33,3	33,2
8	168,4	81,5	80,5	28,7	28,4
9	165,2	101,9	93,0	37,3	34,1
10	170,7	81,0	80,4	27,8	27,6
11	168,9	91,4	88,1	32,0	30,9
12	171,5	95,5	88,1	32,5	30,0
13	163,7	88,9	88,6	33,2	33,1
14	171,9	81,3	77,6	27,5	26,3
15	169,5	90,7	79,6	31,6	27,7
16	166,6	106,9	106,0	38,5	38,2
17	175,0	84,1	85,9	27,5	28,0
18	164,8	75,8	71,1	27,9	26,2
19	168,8	108,3	103,0	38,0	36,1
20	173,7	82,5	81,6	27,3	27,0
21	167,1	80,6	73,5	28,9	26,3
22	168,3	88,5	87,3	31,2	30,8
23	172,4	79,5	77,4	26,7	26,0
24	164,0	93,6	83,5	34,8	31,0

Ve výše uvedené tabulce je použito barevné označení k odlišení jednotlivých kategorií indexu BMI: zeleně jsou vyznačené hodnoty spadající do kategorie nadváhy, žlutě hodnoty z kategorie obezity I. stupně a oranžově hodnoty spadající do kategorie obezity II. stupně.

Zbývající kategorie BMI, tedy podváha, normální váha nebo naopak obezita III. stupně, se v této populaci nevyskytovaly.

V tabulce 7 je uvedena popisná statistika pro hodnoty BMI populace A.

Tabulka 7. Popisná statistika BMI pro populaci A

Vstupní BMI		Výstupní BMI (po 20 týdnech)	
N	24	N	24
Střední hodnota	32,267	Střední hodnota	31,175
Medián	32,050	Medián	30,850
Modus	27,5	Modus	26,3
Směrodatná odchylka	3,9314	Směrodatná odchylka	3,9570
Minimum	26,7	Minimum	26,0
Maximum	38,5	Maximum	38,2

Výše uvedená tabulka obsahuje popisnou charakteristiku BMI pro populaci A. Z tabulky vyplývá nevysoký, nicméně jednoznačný pokles BMI po 20 týdnech intervence (bylo ověřeno pomocí Wilcoxonova testu, dosažená hladina významnosti je 0,0001, použit byl oboustranný test). Pro další kontroly (po 1, 2, resp. 3 letech) nejsou hodnoty BMI uváděny, jelikož tyto kontroly dosud neproběhly u všech účastnic. Předběžně lze nicméně říci, že podle dosavadních výsledků u kontroly po 1 roce se očekává rovněž pokles BMI. Pro kontroly po 2, resp. 3 letech dosud nelze usuzovat na zlepšení ani zhoršení hodnot BMI.

4.2.2. Metody

Jedná se o výzkum kvantitativní, čemuž odpovídají i zvolené metody. První z nich je dotazník dopadu tělesné hmotnosti na kvalitu života IWQOL-Lite (*Impact of Weight on Quality of Life – Lite*). Jedná se o zkrácenou formu dotazníku IWQOL čítající 31 položek, která slouží ke zjišťování kvality života související se zdravím při obezitě. Tento dotazník umožňuje získat jednak celkový skór, a jednak skóry pěti škál – Fyzická kondice, Sebedůvěra, Sexuální život, Společenské vztahy a problémy na veřejnosti, Práce. Jeho autory jsou Hamilton a Kolotkin (Kolotkin et al., 1995). Původní verze dotazníku IWQOL obsahuje 74 položek, což bylo výzkumnými pracovníky vnímáno jako omezující (příliš mnoho položek), a protože z psychometrického hlediska je dotazník IWQOL-Lite hodnocen jako lepší a navíc obsahuje pouze 31 položek, doporučuje se v současnosti používat pouze dotazník IWQOL-

Lite. Validita byla potvrzena na základě korelací s jinými využívanými nástroji (například BDI – *Beck Depression Inventory*, RSE – *Rosenberg Self-Esteem*, SCL-90R, SF-36 a dalšími). Rovněž byla zjištěna významná korelace mezi počátečním BMI a všemi pěti škálami i celkovým skórem (Allison a Baskin et al., 2009).

Dalším použitým nástrojem je zkoumání subjektivně vnímané kvality života ovlivněné nadváhou pomocí dotazníku OWLQOL (*Obesity and Weight-Loss Quality of Life*), a dále zkoumání subjektivně pociťovaných potíží způsobených nadváhou pomocí dotazníku WRSM (*Weight-Related Symptom Measure*). Oba tyto dotazníky jsou navrženy jejich autory (Patrick, Bushnell a Rothman, 2004) ke společnému použití. Spolu s nimi lze podle zaměření výzkumu použít další nástroje, například nástroje pro měření funkčního stavu, dodržování diety a léčby, případně spokojenosti s léčbou. Výhodou těchto dvou dotazníků je skutečnost, že uplatňují kroskulturní hodnocení kvality života, jejich položky byly navrženy v pěti zemích kromě USA a u různých populací v rámci USA, v současnosti jsou dostupné ve 30 různých jazycích.

Dotazník OWLQOL obsahuje 17 položek o stejné váze, které vedou na jediný skór vyjadřující kvalitu života. Dotazník WRSM poskytuje informaci o 20 příznacích, které se často objevují právě v souvislosti s obezitou a nadváhou. Celkový skór se počítá jako součet skórů určujících míru, v jaké příslušný příznak osobu vyplňující dotazník obtěžuje. U obou dotazníků byla prokázána dobrá vnitřní konzistence, reliabilita test-retest a validita. Oba dotazníky jsou uvedené v příloze č. 3 ve formě, v jaké byly respondentům předkládány.

Pro přehlednost je nutno uvést, že účastnice vyplňovaly rovněž dotazník kvality života WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life – BREF, 2004) a dotazník pohybové aktivity navržený M. Skalskou, podrobněji viz příloha č. 1, které v této práci nejsou hodnoceny.

Statistické zpracování dat bylo provedeno v programech SPSS a Microsoft Excel. Vzhledem k nízkým počtům účastníků v populaci byly voleny neparametrické metody, kdy testování je založeno na mediánu a na pořadích. Konkrétně se jednalo o Wilcoxonův test pro dva závislé výběry a o Friedmanův test pro více než dva závislé výběry.

4.2.3. Hypotézy

Výše popsané metody (IWQOL-Lite, OWLQOL a WRSM) slouží ke zjištění změny kvality života související s obezitou po absolvování intervenčního programu. Předpokládá se, že ze všech tří dotazníků vyplyne kladný vliv intervence na kvalitu života související s obezitou. Na základě tohoto předpokladu a popisu metod byly stanoveny následující hypotézy:

Dopad tělesné hmotnosti na kvalitu života, zjišťovaný dotazníkem IWQOL-Lite:

H0: Dopad tělesné hmotnosti na kvalitu života, zjišťovaný dotazníkem IWQOL-Lite před intervencí a po intervenci, je stejný.

H1: Dopad tělesné hmotnosti na kvalitu života, zjišťovaný dotazníkem IWQOL-Lite před intervencí a po intervenci, není stejný.

Subjektivně vnímaná kvalita života ovlivněná nadváhou, zjišťovaná dotazníkem OWLQOL:

H0: Subjektivně vnímaná kvalita života ovlivněná nadváhou, zjišťovaná dotazníkem OWLQOL před intervencí a po intervenci, je stejná.

H1: Subjektivně vnímaná kvalita života ovlivněná nadváhou, zjišťovaná dotazníkem OWLQOL před intervencí a po intervenci, není stejná.

Subjektivně pociťované potíže způsobené nadváhou, zjišťované dotazníkem WRSM:

H0: Subjektivně pociťované potíže způsobené nadváhou, zjišťované dotazníkem WRSM před intervencí a po intervenci, jsou stejné.

H1: Subjektivně pociťované potíže způsobené nadváhou, zjišťované dotazníkem WRSM před intervencí a po intervenci, nejsou stejné.

4.2.4. Výsledky a interpretace

IWQOL-Lite

U dotazníku IWQOL-Lite se sleduje kvalita života pomocí skóre z pěti škál a pomocí celkového skóre. Jedná se o tyto škály: Fyzická kondice (rozsah 14-70), Sebedůvěra (rozsah 7-35), Sexuální život (rozsah 4-20), Společenské vztahy a problémy na veřejnosti (rozsah 9-45), Práce (rozsah 5-25). Celkový skóre je dán součtem skóre podle jednotlivých škál a pohybuje se v rozsahu 39-195. Dosažené skóre u populace A při vstupu do studie (24 účastnic), po 20 týdnech (24 účastnic) a po 1 roce (17 účastnic) zde z důvodu malé přehlednosti nejsou uváděné, pro základní představu jsou nicméně uvedené jejich průměry a mediány, směrodatné odchylky, minima a maxima, viz tabulka 8. Posuny v jednotlivých škálách jsou znázorněny graficky na obrázku 7 a 8.

Tabulka 8. Základní popis skóre podle dotazníku IWQOL-Lite pro populaci A

	Při vstupu do studie (N = 24)					
	Fyz ^a	Seb ^b	Sex ^c	Spo ^d	Pra ^e	Tot ^f
Střední hodnota	29,04	21,87	7,78	17,52	8,65	84,87
Medián	27,00	24,00	8,00	18,00	7,00	85,00
Směrodat. odchylka	9,018	7,200	3,567	4,926	4,249	23,213
Minimum	15	10	4	11	5	47
Maximum	46	34	17	26	22	140
	Po 20 týdnech (N = 24)					
	Fyz ^a	Seb ^b	Sex ^c	Spo ^d	Pra ^e	Tot ^f
Střední hodnota	25,26	18,30	6,26	15,83	6,96	72,61
Medián	26,00	18,00	4,00	15,00	7,00	73,00
Směrodat. odchylka	8,427	7,737	3,078	5,374	2,654	22,869
Minimum	14	7	4	9	5	40
Maximum	38	33	15	29	15	122

	Po 1 roce (N = 24)					
	Fyz ^a	Seb ^b	Sex ^c	Spo ^d	Pra ^e	Tot ^f
Střední hodnota	24,12	19,06	7,06	15,65	8,35	74,24
Medián	24,00	19,00	7,00	15,00	8,00	73,00
Směrodat. odchylka	8,781	7,677	3,249	5,419	3,639	25,265
Minimum	14	7	4	9	5	39
Maximum	36	34	13	29	16	112

^a škála Fyzická kondice

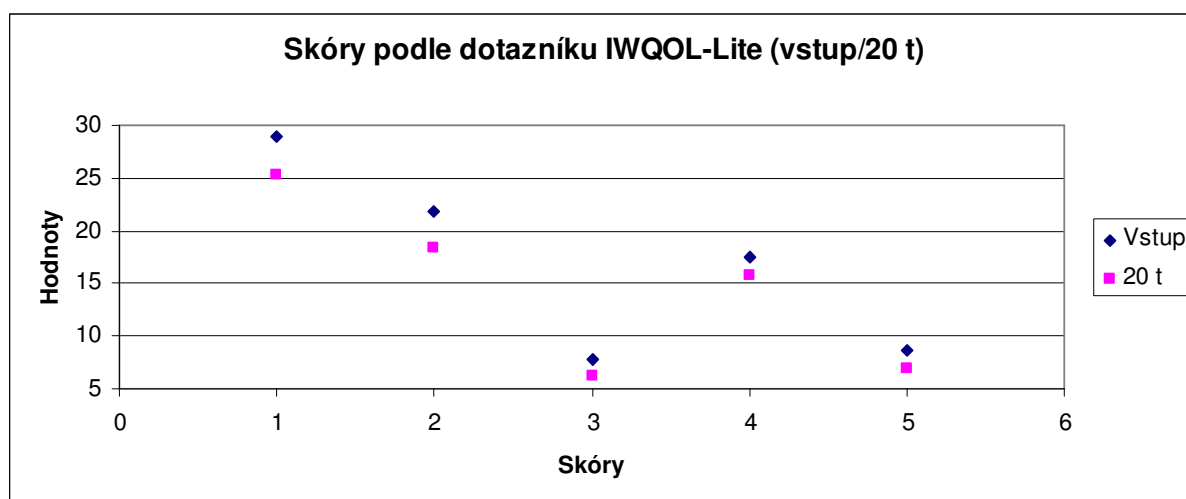
^b škála Sebedůvěra

^c škála Sexuální život

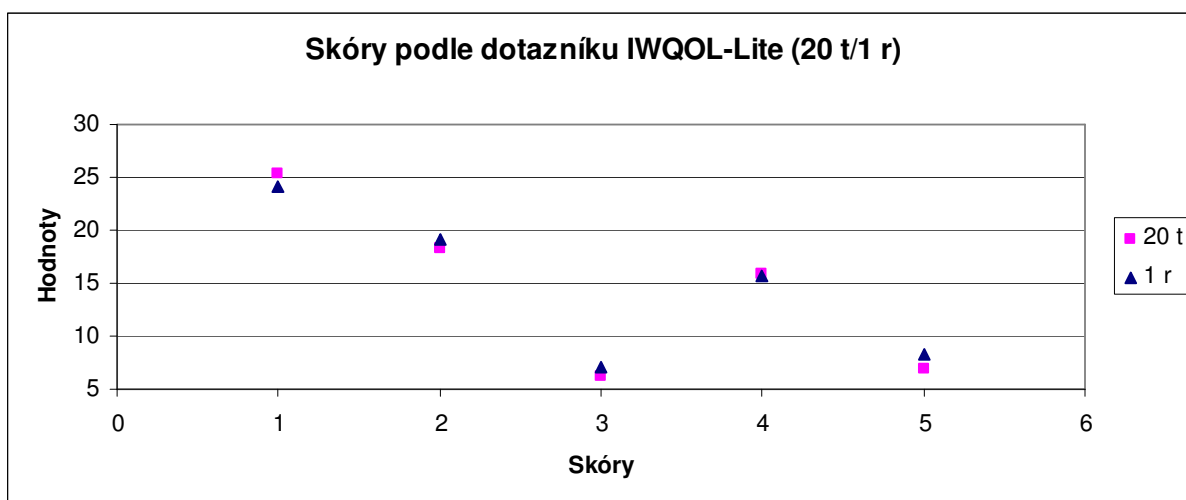
^d škála Společenské vztahy a problémy na veřejnosti

^e škála Práce

^f celkový skór



Obrázek 7. Skóry podle dotazníku IWQOL-Lite při vstupu do studie a po 20 týdnech intervence (škály: 1 – Fyzická kondice; 2 – Sebedůvěra; 3 – Sexuální život; 4 – Společenské vztahy a problémy na veřejnosti; 5 – Práce)



Obrázek 8. Skóry podle dotazníku IWQOL-Lite po 20 týdnech intervence a po 1 roce (škály: 1 – Fyzická kondice; 2 – Sebedůvěra; 3 – Sexuální život; 4 – Společenské vztahy a problémy na veřejnosti; 5 – Práce)

Dopad tělesné hmotnosti na kvalitu života, zjišťovaný dotazníkem IWQOL-Lite:

Porovnáním celkového skóru dotazníku IWQOL-Lite při vstupu do studie a po 20 týdnech bylo pomocí Wilcoxonova testu ($p=0,05$; 95% IS) zjištěn jednoznačný vliv intervence, dosažená hladina významnosti je $p=0,0001$, zamítá se tedy nulová hypotéza. Porovnáním celkového skóru stejným způsobem po 20 týdnech a po 1 roce ovšem nelze nulovou hypotézu zamítnout, dosažená hladina významnosti je $p=0,252$. Nicméně porovnáním všech tří celkových skórů, tedy při sledování vývoje od vstupu do studie až po uplynutí 1 roku, pomocí Friedmanova testu ($p=0,05$; 95% IS) byl zjištěn jednoznačný vliv intervence, dosažená hladina významnosti je $p=0,001$, zamítá se tedy nulová hypotéza.

Dále byly mezi sebou porovnány jednotlivé škály dotazníku IWQOL-Lite. Dosažené hladiny významnosti jsou uvedené v následující tabulce 9. Porovnány jsou mezi sebou vždy skóry při vstupu do studie a po 20 týdnech (vstup-20t), po 20 týdnech a po 1 roce (20t-1r) (byl použit Wilcoxonův test pro dva závislé výběry, $p=0,05$; 95% IS), a konečně při vstupu a po 1 roce (vstup-1r) (byl použit Friedmanův test pro více než dva závislé výběry; $p=0,05$; 95% IS). Případy zamítnutí nulové hypotézy jsou pro lepší názornost vyznačené žlutě.

Tabulka 9. Porovnání změny ve skórech jednotlivých škál dotazníku IWQOL-Lite

	Vstup-20t	20t-1r	Vstup-1r
Fyzická kondice	0,004	0,591	0,0001
Sebedůvěra	0,001	0,977	0,015
Sexuální život	0,019	0,387	0,15
Společenské vztahy a problémy na veřejnosti	0,026	0,782	0,054
Práce	0,001	0,042	0,003

Změna od okamžiku vstupu do studie do uplynutí 20 týdnů je významná podle všech skóřů. Naopak změna od okamžiku po 20 týdnech do uplynutí 1 roku je významná pouze podle skóřu u škály Práce, u ostatních nikoliv. Změna za od vstupu do uplynutí 1 roku není významná u dvou skóřů, jednak pro škálu Sexuální život, a jednak pro škálu Společenské vztahy a problémy na veřejnosti, i když u obou se výsledek stanovené hladině významnosti blíží, u druhé z obou škál dokonce velmi těsně.

Výsledky vcelku odpovídají očekávání – změna je výrazná po prvních 20 týdnech intervence ve všech škálách, posléze se její tempo již zmírňuje, nebo k významné změně již nedochází. Podstatná ovšem je skutečnost, že dosažená změna ze sledování po 20 týdnech zůstává zachována i po 1 roce.

Dotazníky OWLQOL a WRS

Tyto dotazníky kvality života se zadávají a vyhodnocují společně, vyhodnocuje se celkový skóř, který se u dotazníku OWLQOL pohybuje v rozsahu 0-102 a u dotazníku WRS v rozsahu 0-120. Nejprve je pro populaci A uveden vývoj celkových skóřů obou dotazníků od vstupu, přes kontrolu po 20 týdnech, až po stav po 1 roce, viz následující tabulku. Grafické znázornění není pro menší přehlednost těchto skóřů doplněno.

Subjektivně vnímaná kvalita života ovlivněná nadváhou, zjišťovaná dotazníkem OWLQOL:

Porovnáním celkového skóřu dotazníku OWLQOL při vstupu do studie a po 20 týdnech bylo pomocí Wilcoxonova testu ($p=0,05$; 95% IS) zjištěn jednoznačný vliv intervence, dosažená hladina významnosti je $p=0,001$, zamítá se tedy nulová hypotéza. Porovnáním celkového skóřu stejným způsobem po 20 týdnech a po 1 roce nelze nulovou

hypotézu zamítnout, i když těsně, dosažená hladina významnosti je $p=0,055$. Nicméně porovnáním všech tří celkových skóre, tedy při sledování vývoje od vstupu do studie až po uplynutí 1 roku, pomocí Friedmanova testu ($p=0,05$; 95% IS), byl zjištěn jednoznačný vliv intervence, dosažená hladina významnosti je $p=0,043$, zamítá se tedy nulová hypotéza.

Tabulka 10. Základní popis skóre podle dotazníků OWLQOL a WRSM pro populaci A

	OWLQOL vstup	WRSM vstup	OWLQOL 20 t	WRSM 20 t	OWLQOL 1 r	WRSM 1 r
Střední hodnota	54,43	24,17	40,22	14,57	44,24	19,76
Medián	54,00	20,00	41,00	8,00	45,00	10,00
Směrodat. odchylka	18,213	17,076	21,469	15,532	22,021	20,672
Minimum	18	2	0	0	5	0
Maximum	92	64	80	51	76	66

Subjektivně pocíťované potíže způsobené nadváhou, zjišťované dotazníkem WRSM:

Porovnáním celkového skóre dotazníku WRSM při vstupu do studie a po 20 týdnech bylo pomocí Wilcoxonova testu ($p=0,05$; 95% IS) zjištěn jednoznačný vliv intervence, dosažená hladina významnosti je $p=0,003$, zamítá se tedy nulová hypotéza. Porovnáním celkového skóre stejným způsobem po 20 týdnech a po 1 roce se rovněž zamítá nulová hypotéza, dosažená hladina významnosti je $p=0,021$. Porovnáním všech tří celkových skóre, tedy při sledování vývoje od vstupu do studie až po uplynutí 1 roku, pomocí Friedmanova testu ($p=0,05$; 95% IS), byl zjištěn jednoznačný vliv intervence, dosažená hladina významnosti je $p=0,025$, zamítá se tedy nulová hypotéza.

I tyto výsledky ukazují na prudší změnu od okamžiku vstupu do studie do dosažení 20 týdnů a na pomalejší (v případě skóre podle dotazníku OWLQOL nevýznamnou) změnu od 20 týdnů do uplynutí 1 roku. I zde je podstatné, že i po 1 roce dochází k udržení dosažené změny a případně k jejímu dalšímu zlepšení. To znamená, že na základě intervence se zlepšuje jak subjektivně vnímaná kvalita života ovlivněná nadváhou, tak i subjektivně vnímané potíže způsobené nadváhou, a že změna má dlouhodobý charakter.

4.3. Studie B

V rámci této druhé studie jsou zpracována data, která sbírala autorka práce v rámci jednoho základního kurzu STOB o délce 12 týdnů, jehož se ve snaze navázat užší kontakt s účastnicemi a lépe porozumět podstatě působení kurzu sama zúčastnila. Intervenčním programem je v tomto výzkumu kurz zaměřený na snižování nadváhy pořádaný organizací STOB. Mezi hlavní cíle společnosti STOB patří organizování kurzů snižování nadváhy, organizování redukčně-kondičních pobytových kurzů, organizování speciálních cvičení pro obézní, organizování celostátních akcí propagujících zdravý způsob hubnutí (brožury, CD, DVD, knihy, kalendář apod.), internetové aktivity – elektronický časopis, databáze potravin, internetový kurz Sebekoučink, komunitní web stobklub apod. (Málková, 2011). Podrobněji je charakter vlastního kurzu popsán v příloze č. 2.

V tomto projektu je jedním z cílů prozkoumat vliv absolvování kurzů STOB obézními ženami nebo ženami s nadváhou na změnu kvality života, a dále sledovat dlouhodobější změny ve formě sebehodnocení a vlastní účinnosti. Sledování sebehodnocení a vlastní účinnosti vychází z předpokladu, že jelikož kurzy STOB vedou nejen k okamžitému úbytku hmotnosti, ale také k dlouhodobému udržení změn, měly by se tyto změny odrážet i ve změně sebehodnocení a vlastní účinnosti (tímto tématem se zabývaly již autorky Kintrová a Schneidrová, 2009 a 2010).

4.3.1. Popis vzorku

Tato populace (dále jen „populace B“) zahrnuje 17 žen, které absolvovaly standardní kurz STOB pořádaný lektorkou Renatou Zápotockou v Lysé nad Labem v prvním čtvrtletí roku 2014, od ledna do dubna. Sběr dat byl s lektorkou R. Zápotockou dohodnut předem. Prostor pro sběr dat byl na začátku i na konci kurzu, kdy je značná část času věnována měření a zapisování údajů, sebrány byly tudíž údaje při vstupu do kurzu (před zahájením intervence) a při jeho ukončení (na konci intervence). Přestože je program STOB otevřen ženám i mužům, obecně převažuje účast žen. Tohoto kurzu se účastnily pouze ženy.

Níže je uvedena popisná statistika pro účastnice tvořící populaci B.

V tabulce 11 jsou uvedené základní demografické údaje pro zkoumanou populaci B.

Tabulka 11. Základní demografické údaje o populaci B

	Věk	Rodinný stav	Děti	Charakter zaměstnání
1	37	vdaná	ano	s pohybem
2	62	vdaná	ano	důchod, dříve s pohybem
3	41	svobodná	ne	sedavé
4	34	vdaná	ano	střídavé
5	59	rozvedená	ano	sedavé
6	41	vdaná	ano	sedavé
7	34	vdaná	ano	sedavé
8	31	vdaná	ano	mateřská
9	36	vdaná	ano	sedavé
10	33	vdaná	ne	s pohybem
11	32	vdaná	ano	mateřská
12	36	rozvedená	ano	sedavé
13	48	vdaná	ano	střídavé
14	42	vdaná	ano	sedavé
15	49	vdaná	ano	sedavé
16	43	vdaná	ano	střídavé
17	37	vdaná	ano	s pohybem

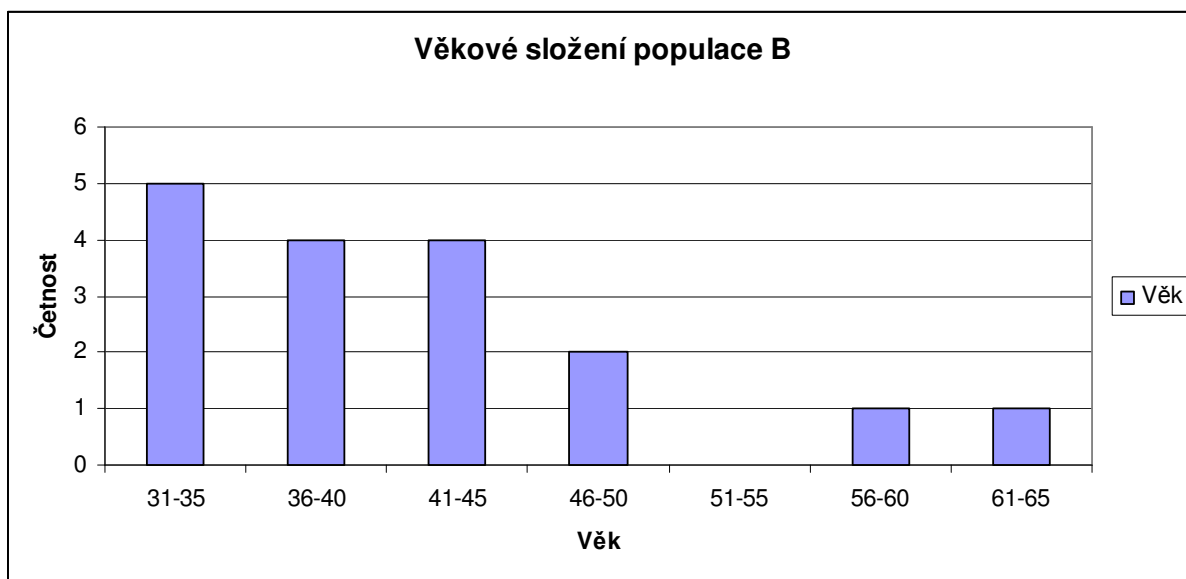
V následující tabulce 12 je uvedena věková charakteristika skupiny ze studie B, věkové složení je rovněž znázorněno na obrázku 9.

Na obrázku 10 je graficky znázorněno složení populace B z hlediska vzdělání a charakteru zaměstnání. Největší zastoupení měly účastnice se středním vzděláním (10), poté následovaly účastnice s vysokoškolským vzděláním (4) a nakonec účastnice vyučené (3). Pro účely lepší přehlednosti zaměstnání jsou použity pouze tři kategorie; „mateřská“ podle tabulky 11 je zahrnuta do kategorie „střídavé“, „důchod, dříve s pohybem“ je rovněž zahrnuta do kategorie „střídavé“.

Tabulka 12. Věková charakteristika populace B

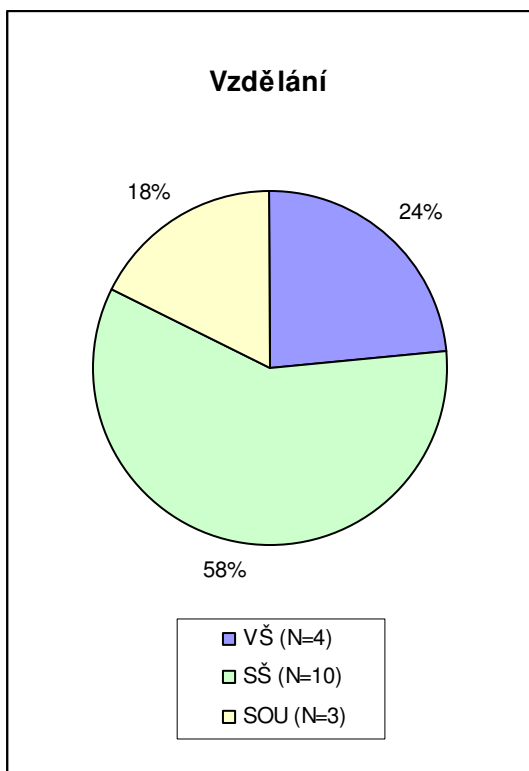
Věková charakteristika populace B	
N	17
Střední hodnota	40,88
Medián	37,00
Modus	34
Směrodatná odchylka	9,041
Minimum	31
Maximum	62

Na obrázku 9 je věkové rozdělení sledované populace znázorněno rovněž graficky.

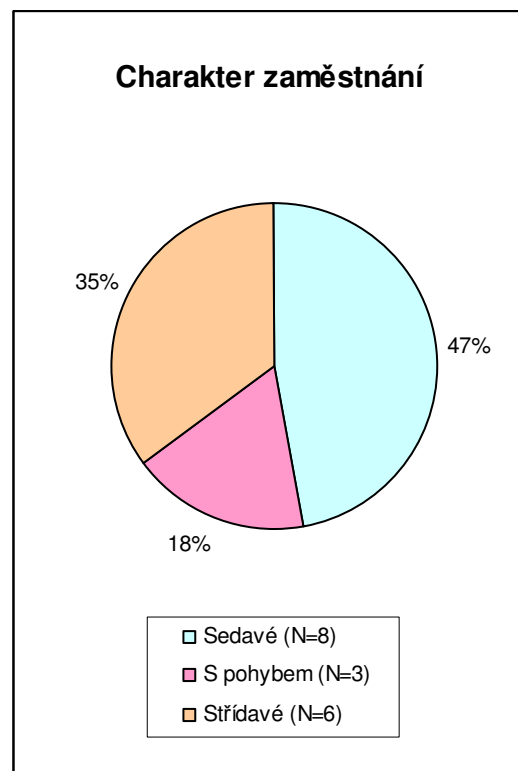


Obrázek 9. Věkové složení populace B

Na obrázku 11 je znázorněno složení populace B z hlediska rodinného stavu a toho, zda účastnice mají nebo nemají děti.

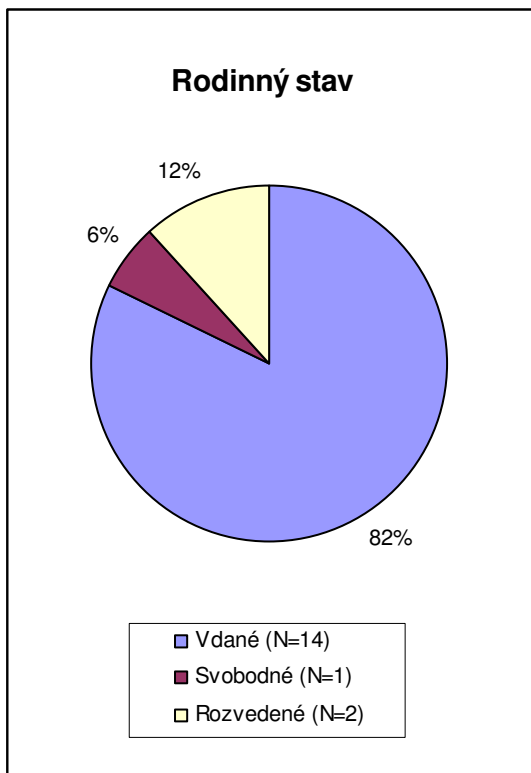


(a)

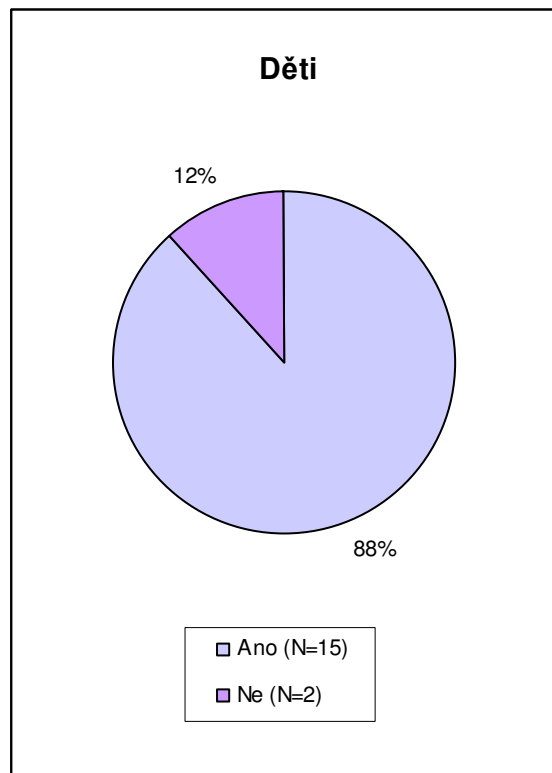


(b)

Obrázek 10. Složení populace B z hlediska vzdělání (a) a charakteru zaměstnání (b)



(a)



(b)

Obrázek 11. Složení populace B z hlediska rodinného stavu (a) a dětí (b)

V tabulce 13 jsou uvedené údaje o výšce, hmotnosti (vstupní / výstupní po 12 týdnech kurzu) a příslušných BMI.

Tabulka 13. Údaje o výšce, hmotnosti a BMI pro populaci B

	Výška [cm]	Váha vstupní [kg]	Váha výstupní [kg]	BMI vstupní	BMI výstupní
1	168	80,7	76,2	28,6	27,0
2	171	115,2	108,7	39,4	37,2
3	165	85,9	79,3	31,6	29,1
4	172	86,3	80,9	29,2	27,3
5	164	112,7	101,6	41,9	37,8
6	160	93	86,7	36,3	33,9
7	174	102,5	91,3	33,9	30,2
8	164	71,9	67,4	26,7	25,1
9	170	99,7	87,3	34,5	30,2
10	163	76,7	72,4	28,9	27,2
11	159	68	59	26,9	23,3
12	171	91,4	85,4	31,3	29,2
13	162	71,3	65,5	27,2	25,0
14	168	85,7	82,4	30,4	29,2
15	174	119,5	102,8	39,5	34,0
16	161	88,4	86,7	34,1	33,4
17	169	117,5	110,6	41,1	38,7

Ve výše uvedené tabulce je použito barevné označení k odlišení jednotlivých kategorií indexu BMI: fialově jsou vyznačené hodnoty normální hmotnosti, zeleně hodnoty spadající do kategorie nadváhy, šedě hodnoty z kategorie obezity I. stupně, žlutě hodnoty spadající do kategorie obezity II. stupně a oranžově hodnoty spadající do kategorie obezity III. stupně. Zbývající kategorie BMI, tedy podváha, se v populaci nevyskytovala.

V tabulce 14 je uvedena popisná statistika pro hodnoty BMI populace B.

Tabulka 14. Popisná statistika BMI populace B

Vstupní BMI		Výstupní BMI	
N	17	N	17
Střední hodnota	33,02	Střední hodnota	30,46
Medián	31,55	Medián	29,21
Modus	27	Modus	23
Směrodatná odchylka	5,107	Směrodatná odchylka	4,655
Minimum	27	Minimum	23
Maximum	42	Maximum	39

Výše uvedená tabulka obsahuje popisnou charakteristiku BMI pro populaci B. Z tabulky vyplývá jednoznačný pokles BMI po 12 týdnech základního kurzu STOB (bylo ověřeno pomocí Wilcoxonova testu, dosažená hladina významnosti je 0,0001, použit byl oboustranný test). Tento výsledek je v souladu s očekáváním a odpovídá mu i pokles hmotnosti u všech účastnic podle tabulky 13. Průměrný váhový úbytek činil 7,2 kg, což je i v souladu s publikovanou literaturou (udává se 6,5 kg, viz např. www.stobklub.cz/o-nas/).

4.3.2. Metody

První tři metody použité v této části (rovněž kvantitativního) výzkumu jsou shodné s již popsány metodami, tj. dotazníky IWQOL-Lite, OWLQOL a WRSM. U této druhé skupiny žen je rovněž zkoumána změna sebehodnocení a změna vnímané vlastní účinnosti.

Další metodou je Rosenbergova škála sebehodnocení RSE (*Rosenberg Self-Esteem Scale*). Škála vznikla v roce 1965. Tato škála je měřítkem globálního sebehodnocení, obsahuje 10 položek hodnocených na škále silně souhlasím, souhlasím, nesouhlasím, silně nesouhlasím. U pozitivně formulovaných položek jsou odpovědi hodnocené jako 3, 2, 1, 0, u negativně formulovaných je hodnocení obrácené, tj. 0, 1, 2, 3. Čím je celkový skóre vyšší, tím vyšší je sebehodnocení (Blatný a Osecká, 1994).

Posledním nástrojem je dotazník obecné vlastní efektivity nebo také vlastní účinnosti GSE (*General Self-Efficacy Scale*), jehož autory jsou R. Schwarzer a M. Jerusalem. Původně navržená německá škála obsahovala 20 položek, v roce 1981 byla zredukována na 10 položek

a následně přeložena do 28 jazyků. Vykazuje dobrou vnitřní konzistenci, reliabilitu test-retest a validitu. Položky jsou hodnoceny na škále naprosto nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, naprosto souhlasím, kterým odpovídá bodové hodnocení 1, 2, 3, 4. Celkový skóre se tudíž pohybuje v rozmezí 10 až 40 (Scholz et al., 2002).

První tři metody (OWLQOL, WRSM a IWQOL-Lite) slouží, shodně se studií A, ke zjištění změny kvality života související s obezitou po absolvování intervenčního programu. Zbývající dvě metody (RSE, GSE) jsou uplatněny ke zjištění změny v sebehodnocení, resp. vlastní účinnosti po absolvování intervence. Jejich zajímavost spočívá dle autorky v tom, že (kladná) změna v sebehodnocení či vlastní účinnosti může již přesahovat dimenzi obezity a pozitivně se odrážet v dalších oblastech života účastníků kurzu, což by umožňovalo uplatnění kurzu STOB či jeho případné modifikace s následnou intervencí i v dalších oblastech terapeutického působení.

Statistické zpracování dat bylo stejně jako u studie A provedeno v programech SPSS a Microsoft Excel. Vzhledem k nízkým počtům účastníků v populaci byly voleny neparametrické metody, kdy testování je založeno na mediánu a na pořadích. Konkrétně se jednalo o Wilcoxonův test pro dva závislé výběry a o Friedmanův test pro více než dva závislé výběry.

4.3.3. Hypotézy

Výše popsané metody (IWQOL-Lite, OWLQOL, WRSM, RSE a GSE) slouží ke zjištění změny kvality života související s obezitou po absolvování intervenčního programu, resp. k posouzení změny v sebehodnocení a vlastní účinnosti. Předpokládá se, že ze všech dotazníků vyplyne kladný vliv intervence na kvalitu života související s obezitou. Na základě tohoto předpokladu a popisu metod byly stanoveny následující hypotézy (první tři jsou shodné s hypotézami u studie A, zbývající dvě jsou nové):

Dopad tělesné hmotnosti na kvalitu života, zjišťovaný dotazníkem IWQOL-Lite:

H0: Dopad tělesné hmotnosti na kvalitu života, zjišťovaný dotazníkem IWQOL-Lite před intervencí a po intervenci, je stejný.

H1: Dopad tělesné hmotnosti na kvalitu života, zjišťovaný dotazníkem IWQOL-Lite před intervencí a po intervenci, není stejný.

Subjektivně vnímaná kvalita života ovlivněná nadváhou, zjišťovaná dotazníkem OWLQOL:

H0: Subjektivně vnímaná kvalita života ovlivněná nadváhou, zjišťovaná dotazníkem OWLQOL před intervencí a po intervenci, je stejná.

H1: Subjektivně vnímaná kvalita života ovlivněná nadváhou, zjišťovaná dotazníkem OWLQOL před intervencí a po intervenci, není stejná.

Subjektivně pociťované potíže způsobené nadváhou, zjišťované dotazníkem WRSM:

H0: Subjektivně pociťované potíže způsobené nadváhou, zjišťované dotazníkem WRSM před intervencí a po intervenci, jsou stejné.

H1: Subjektivně pociťované potíže způsobené nadváhou, zjišťované dotazníkem WRSM před intervencí a po intervenci, nejsou stejné.

Sebehodnocení zjišťované pomocí škály RSE:

H0: Sebehodnocení zjišťované pomocí škály RSE před intervencí a po intervenci je stejné.

H1: Sebehodnocení zjišťované pomocí škály RSE před intervencí a po intervenci není stejné.

Vlastní účinnost zjišťovaná pomocí škály GSE:

H0: Vlastní účinnost zjišťovaná pomocí škály GSE před intervencí a po intervenci je stejná.

H1: Vlastní účinnost zjišťovaná pomocí škály GSE před intervencí a po intervenci není stejná.

4.3.4. Výsledky a interpretace

IWQOL-Lite

U dotazníku IWQOL-Lite se sleduje kvalita života pomocí skóre z pěti škál a pomocí celkového skóre. Příslušné škály jsou již popsány výše u studie A. Dosažené skóre u populace B při vstupu do studie (17 účastnic) a po 12 týdnech základního kurzu zde z důvodu malé přehlednosti nejsou uváděné, pro základní představu jsou nicméně uvedené jejich průměry a mediány, směrodatné odchylky, minima a maxima, viz tabulka 15.

Tabulka 15. Základní popis skóre podle dotazníku IWQOL-Lite pro populaci B

Celkový skór při vstupu		Celkový skór po 12 týdnech	
N	17	N	17
Střední hodnota	65,94	Střední hodnota	63,06
Medián	60,00	Medián	58,00
Směrodatná odchylka	19,826	Směrodatná odchylka	18,481
Minimum	41	Minimum	40
Maximum	106	Maximum	103

Dopad tělesné hmotnosti na kvalitu života, zjišťovaný dotazníkem IWQOL-Lite:

Porovnáním celkového skóre dotazníku IWQOL-Lite při vstupu do studie a po 12 týdnech základního kurzu STOB bylo pomocí Wilcoxonova testu ($p=0,05$; 95% IS) zjištěn jednoznačný vliv intervence, dosažená hladina významnosti je $p=0,0001$, zamítá se tedy nulová hypotéza. Vzhledem k nízkému počtu účastnic a s přihlédnutím ke skutečnosti, že se u populace B vyhodnocují pouze dva časové body (začátek a konec kurzu STOB), zde není podrobně rozváděno zpracování pro jednotlivé škály, nicméně alespoň informativně lze uvést, že byl zjištěn statisticky významný výsledek pro všechny dílčí škály dotazníku IWQOL-Lite kromě škály Sexuální život, kde ovšem byly již vstupní skóre nízké. Rovněž při porovnání výsledků v tabulce 15 s výsledky ze studie A v tabulce 8 lze zjistit, že celkové vstupní skóre jsou u populace B nižší než u populace A.

Dotazníky OWLQOL a WRSM

Jak je uvedeno výše, tyto dotazníky kvality života se zadávají a vyhodnocují společně, vyhodnocuje se celkový skóre, který se u dotazníku OWLQOL pohybuje v rozsahu 0-102 a u dotazníku WRSM v rozsahu 0-120. Nejprve je pro populaci B uveden vývoj celkových skóre obou dotazníků od vstupu do ukončení kurzu po 12 týdnech.

Tabulka 16. Základní popis skóre podle dotazníků OWLQOL a WRSM

	OWLQOL vstup	WRSM vstup	OWLQOL po 12 týdnech	WRSM po 12 týdnech
Střední hodnota	44,41	20,29	42,41	18,76
Medián	47,00	25,00	43,00	21,00
Směrodat. odchylka	15,195	14,030	14,027	12,696
Minimum	17	0	18	0
Maximum	70	39	68	37

Subjektivně vnímaná kvalita života ovlivněná nadváhou, zjišťovaná dotazníkem OWLQOL:

Porovnáním celkového skóre dotazníku OWLQOL při vstupu do studie a po 12 týdnech bylo pomocí Wilcoxonova testu ($p=0,05$; 95% IS) zjištěn jednoznačný vliv intervence, dosažená hladina významnosti je $p=0,006$, zamítá se tedy nulová hypotéza.

Subjektivně pociťované potíže způsobené nadváhou, zjišťované dotazníkem WRSM:

Porovnáním celkového skóre dotazníku WRSM při vstupu do studie a po 12 týdnech bylo pomocí Wilcoxonova testu ($p=0,05$; 95% IS) zjištěn jednoznačný vliv intervence, dosažená hladina významnosti je $p=0,004$, zamítá se tedy nulová hypotéza.

Výsledky odpovídají očekávání i v tomto případě – změna od začátku do konce kurzu je výrazná. Zjištěné výsledky jsou rovněž v souladu s publikovanou literaturou.

Dotazník RSE

Dotazník RSE představuje Rosenbergovu škálu sebehodnocení. Obsahuje 10 položek, kterým se přiřazuje skóre 0-3, rozsah celkového skóre, který představuje součet skóre u jednotlivých položek, je tudíž 0-30. Čím je celkový skóre vyšší, tím vyšší je i sebehodnocení.

Sebehodnocení zjišťované pomocí škály RSE:

Porovnáním celkového skóru dotazníku RSE při vstupu do studie a po 12 týdnech bylo pomocí Wilcoxonova testu ($p=0,05$; 95% IS) zjištěno, že u účastnic nedošlo k významné změně sebehodnocení, dosažená hladina významnosti je $p=0,361$, nulovou hypotézu tudíž nelze zamítnout.

Dotazník GSE

Dotazník GSE představuje škálu vlastní účinnosti. Obsahuje 10 položek, kterým se přiřazuje skór 1-4, rozsah celkového skóru, který představuje součet skóre u jednotlivých položek, je tudíž 10-40. Čím je celkový skór vyšší, tím vyšší je i vlastní účinnost.

Sebehodnocení zjišťované pomocí škály GSE:

Porovnáním celkového skóru dotazníku GSE při vstupu do studie a po 12 týdnech bylo pomocí Wilcoxonova testu ($p=0,05$; 95% IS) zjištěno, že u účastnic nedošlo k významné změně sebehodnocení, i když těsně, dosažená hladina významnosti je $p=0,083$, nulovou hypotézu tudíž nelze zamítnout.

Pro přehlednost je v následující tabulce 17 uvedena popisná statistika pro obě škály RSE a GSE.

Tabulka 17. Popisná charakteristika celkových skóre škál RSE a GSE

	RSE vstup	GSE vstup	RSE po 12 týdnech	GSE po 12 týdnech
Střední hodnota	19,52	31,53	19,88	31,94
Medián	19,00	32,00	19,00	31,00
Směrodat. odchylka	3,572	4,403	3,655	4,763
Minimum	14	24	14	23
Maximum	28	39	28	40

Zjištěné výsledky pro případnou změnu sebehodnocení a vlastní účinnosti jsou určitým zklamáním, bohužel se ani v jednom případě nepodařilo nulovou hypotézu zamítnout (u vlastní účinnosti nicméně těsně). Lze se domnívat, že při vyšším počtu respondentů bylo možné u vlastní účinnosti dospět ke zjištění statisticky významné změny. Zajímavé by mohlo být její porovnání od začátku základního kurzu do konce kurzu pokračovacího (tedy provést porovnání po absolvování dvou kurzů). Jako další řešení se nabízí sestavení vlastního dotazníku se zahrnutím položek z dotazníku RSE, resp. GSE. Tyto otázky jsou podrobněji řešeny v diskusi.

4.4. Diskuse

Pro větší přehlednost je každá ze studií diskutována samostatně, závěrem následuje krátký souhrn diskuse.

4.4.1. Studie A

Studie A je součástí širšího výzkumu, který je zaměřen na vytvoření a realizaci pohybového programu pro plně zaměstnané dospělé a zabývá se otázkou, zda lze pomocí pohybové aktivity dlouhodobě ovlivnit životní styl dospělých osob. Pohybovou intervencí je chůze, kdy jako potřebný objem pohybového zatížení pro potřeby udržení zdatnosti a pozitivního ovlivnění nadváhy je uváděn počet 10 000 kroků za den (Le Masurier et al. 2003). Výzkum, jehož je tato studie součástí, je podrobně popsán v příloze 1, a dále k němu byl publikován příspěvek Skalské a Bunce (2012). V rámci studie A se zkoumá ovlivnění kvality života uplatňovanou pohybovou intervencí pomocí výše popsaných metod.

Pomocí dotazníků IWQOL-Lite, OWLQOL a WRSM se porovnávalo hodnocení kvality života účastnicemi při vstupu do studie, po absolvování 20týdenní intervence a při kontrole po 1 roce. Jakmile dostatečný počet účastnic absolvuje kontrolu po 2 a 3 letech, budou zpracována i tato data. Všechny tři metody vedly ke zjištění významného dopadu intervence na kvalitu života.

Je známo, že obezita může mít vliv na důležité aspekty HRQOL, jako je fyzické zdraví, emoční pohoda a psychosociální fungování (viz např. Kawachi, 1999). Právě dotazník IWQOL (a posléze IWQOL-Lite), který se konkrétně zaměřuje na kvalitu života související se zdravím (HRQOL), byl navržen jako vůbec první metoda pro hodnocení kvality života při obezitě (Kolotkin et al., 1995). Tato metoda jednoznačně potvrdila pozitivní vliv intervence na kvalitu života účastnic, zejména od vstupu do studie do uplynutí 20 týdnů, kdy vliv je výrazný a významný jak podle celkového skóru, tak i podle všech škál dotazníku IWQOL-Lite. Nejvýraznější změna byla zjištěna pro škály Sebedůvěra, Práce a Fyzická kondice (dosažená hladina významnosti $p < 0,01$), u zbývajících dvou škál (Sexuální život a Společenské vztahy a problémy na veřejnosti) je změna rovněž významná ($p < 0,05$). Změna od uplynutí 20 týdnů do uplynutí 1 roku je významná pouze pro škálu Práce ($p < 0,05$), ovšem změna od vstupu do studie do uplynutí 1 roku, ač významná pouze pro část škál (viz tabulka

9), je významná podle celkového skóru. Tyto výsledky naznačují, že k nejprudšímu nárůstu kvality života vede zvolená intervence během prvních 20 týdnů, a že rychlost zlepšování kvality života se pravděpodobně postupem času snižuje, případně může zůstat konstantní (za předpokladu, že nedojde ke změně jiných působících faktorů v životě, kdy by se mohla podle jejich charakteru i zhoršovat). Z těchto výsledků lze usuzovat, že dosažená, pozitivní změna kvality života po 20 týdnech intervence se jednak dále prohlubuje, jednak ale zůstává v dlouhodobém horizontu zachována, a že zkoumaná intervence má potenciál dlouhodobého, kladného ovlivnění kvality života.

Podle metod OWLQOL a WRS (viz tabulka 10) rovněž dochází k prudkému a významnému zlepšení subjektivně vnímané kvality života ($p < 0,001$), resp. subjektivně pociťovaných potíží způsobených nadváhou ($p < 0,003$) po 20 týdnech intervence. Při porovnání změn pomocí těchto metod od vstupu do uplynutí 1 roku jsou výsledky rovněž významné ($p < 0,043$, resp. $p < 0,025$), podrobněji viz příslušná kapitola s výsledky za tabulkou 10. Výsledky mají podobný charakter jako u dotazníku IWQOL-Lite, tj. naznačují, že zkoumaná intervence má potenciál dlouhodobého, kladného ovlivnění subjektivně vnímané kvality života i subjektivně pociťovaných potíží způsobených nadváhou.

Získané výsledky lze v rámci omezení, za kterých byly získány (především malá velikost vzorku a pouze ženy) považovat za velmi slibné. Otázkou je, zda prováděná hodnocení by nebylo vhodné doplnit o pohovor s účastnicemi zaměřený na zjištění toho, k jakým změnám v jejich životě od předchozího okamžiku měření kvality života došlo, protože tyto změny se mohou ve výsledcích odrážet. K této úvaze vedou výsledky u jednotlivých účastnic – například u jedné zůstává po 1 roce vysoká únava a potíže se spánkem (OWLQOL), ale žádné jiné potíže, u jiné došlo k výraznému zhoršení hodnocení sebedůvěry (IWQOL-Lite), aniž by se toto zhoršení odráželo u ostatních škál, u další k naprosté ztrátě sexuální touhy (WRS), přičemž se jednalo o jediný vyplněný symptom, ostatní byly nulové. Takové výsledky se jeví podezřelé a lze se domnívat, že se v nich odráží i něco jiného než obezita. Například jedna účastnice do dotazníku připsala, že v současnosti je v klimakteriu a má návaly. Zde se nabízí možnost pohovoru s účastnicemi hned nebo v krátké době po vyplnění dotazníků se zaměřením přímo na podezřelé položky, a případně i strukturovaného rozhovoru na téma zjištění významných životních změn v uplynulém období. Jak je pojednáno v teoretické části, má kvalita života multifaktoriální charakter. Přestože použité metody jsou zaměřené na kvalitu života související s nadváhou či obezitou, lze se domnívat,

že se ve výsledcích do určité míry odrážejí i další faktory, a že uvedené nejasnosti vyvstanou ještě výrazněji při hodnocení dat po 2, resp. 3 letech.

Nabízí se i další oblasti rozšíření výzkumu nebo realizace návazných výzkumů. Význam pro obezitu a související kvalitu života může mít osobnost, v této souvislosti byla realizována například studie autorů Magee a Heaven (2011), která se zaměřuje na souvislost mezi dimenzemi pětifaktorového modelu osobnosti a obezitou. Dalším faktorem, který si zasluhuje zkoumání, a který s úpravou nadváhy či obezity bezesporu souvisí, je motivace, v souvislosti se zdravím viz např. práci autorů Sebby a Snell, Jr. (2002). Z novějších studií, které se zabývaly otázkou motivace při snižování nadváhy a obezity, lze jmenovat práci autorů Emm et al. (2013), studii autorů Carraça et al. (2011) zabývající se souvislostí mezi *body image* (tělesným sebepojetím) a psychologickým *well-being* (pohodou) v návaznosti na motivaci k zahájení léčby obezity, studii věnovanou souvislostem mezi motivací, *self-efficacy* (vlastní účinností) a demografickými proměnnými z hlediska chování podporujícího zdraví u žen s nadváhou (Fisher a Kridli, 2014). Tato otázka je již předmětem zájmu výzkumu a bylo by zajímavé se jí v souvislosti s touto studií zabývat i u české populace.

4.4.2. Studie B

Studie B se zaměřuje na zkoumání změny kvality života u populace žen, které absolvovaly základní kurz STOB (podrobnější popis průběhu kurzu je uveden v příloze č. 2). Na tomto místě je nutno zmínit její hlavní omezení, a sice nízký počet účastnic (17). Tento počet vyplývá ze zvolené strategie sběru dat – autorka práce se ve snaze získat kvalitní data a co nejvíce se účastnicím přiblížit daného kurzu sama zúčastnila. Tato strategie na jednu stranu naplnila očekávání, pokud jde o užší kontakt s ostatními účastnicemi, i když na konci kurzu bylo při vyplňování dotazníků znatelné, že ochota není velká, a že dotazníky některé účastnice i přesto obtěžují nebo příliš nezajímají. Dle autorky by pro budoucí výzkumy u této populace bylo vhodnější se zaměřit spíše na navázání kontaktu s více lektory a dotazníky zadávat na více kurzech najednou, než se zaměřit pouze na jeden kurz.

Přes uvedené omezení studie přinesla zajímavé výsledky. Z hlediska změny kvality života, která byla zjišťována pomocí stejných metod jako u populace A, tedy dotazníků IWQOL-Lite, OWLQOL a WRSM, je patrný jednoznačný, pozitivní vliv základního kurzu STOB. V porovnání s populací ze studie A jsou účastnice v tomto kurzu stejně staré nebo mladší (viz tabulka 11), celkově vykazují mírně nižší vzdělání (obrázek 10) a z hlediska charakteru zaměstnání je o něco méně zastoupeno zaměstnání sedavé (tabulka 11). Z hlediska

váhového úbytku (průměrně 7,2 kg) a poklesu BMI (přibližně o 3 jednotky) odpovídají dosažené výsledky předpokladům a publikovaným pracím (viz např. Málková, 2011). Podle dotazníku IWQOL-Lite byl zjištěn jednoznačný vliv intervence po 12 týdnech základního kurzu (dosažená hladina významnosti $p < 0,001$). Hodnocení podle jednotlivých škál není vzhledem k nízkému počtu účastnic podrobněji rozpracováno (zajímavé bylo spíše u populace A, kde se hodnotí tři časové body, zatímco zde se jedná pouze o dva – začátek a konec kurzu STOB), informativně lze nicméně uvést, že bylo významné pro všechny škály kromě škály Sexuální život, u níž ovšem již skóre na začátku kurzu byly nízké. V porovnání s populací ze studie A byly celkové vstupní skóre u této populace ze studie B nižší (tedy vyjadřující vyšší vstupní kvalitu života). Rovněž podle dotazníků OWLQOL a WRSM byl zjištěn jednoznačný, statisticky významný, kladný dopad kurzu na subjektivně vnímanou kvalitu života ovlivněnou nadváhou ($p < 0,006$), resp. subjektivně pociťované potíže způsobené nadváhou ($p < 0,004$).

U této populace byly použity další dvě metody, konkrétně Rosenbergova škála sebehodnocení (RSE) a škála vlastní účinnosti (GSE). Jejich použití vychází z úvahy, že v případě kladného ovlivnění kvality života by se efekt základního kurzu STOB mohl odrážet i v nárůstu sebehodnocení, resp. vlastní účinnosti, a tudíž by jeho kladný vliv mohl mít přesah i do širších životních souvislostí. Tyto předpoklady se bohužel nepodařilo potvrdit, nebylo možné zamítnout nulovou hypotézu pro sebehodnocení ($p = 0,361$) ani vlastní účinnost, i když zde se jedná o těsnější rozdíl ($p = 0,083$). Podle tabulky 17 je zřejmé, že u obou skóre (každá z těchto dvou škál vede na jediný celkový skóre) došlo k nárůstu, bohužel nevýznamně.

Otázkou sebehodnocení se v různých souvislostech zabývaly již jiné práce (viz např. Blatný a Osecká, 1998 a 1994; Hrachovinová, Csémy a Chudobová, 2005), rovněž v souvislosti s obezitou (z novějších viz např. Moncur et al., 2013; Flittner, 2013; Pearson et al., 2012), podle nichž se hledání souvislosti mezi snížením nadváhy formou vhodné intervence a sebehodnocením jeví oprávněné. To samé platí i pro vlastní účinnost, zajímavou studii publikovaly autorky Kintrová a Schneidrová (2010), i když ani jim se nepodařilo dosáhnout statistické významnosti souvislosti mezi vlastní účinností a redukcí nadváhy; tyto autorky se rovněž zabývaly osobní příčinnou orientací a změnou tělesné hmotnosti u účastnic kurzu snižování nadváhy (Kintrová a Schneidrová, 2009) se zajímavými výsledky. Vlastní účinnost má bezesporu význam, mimo jiné z hlediska změny zdravotního chování u osob s chronickým onemocněním (Bonsaksen et al., 2014), u osob s nadváhou či obezitou (viz např. Kovar, 2014) a prokázání jejího ovlivnění prostřednictvím intervence se snížením nadváhy či obezity by mělo podstatný význam i pro širší životní uplatnění, mimo jiné i

vzhledem k výrazné míře zastoupení sedavých aktivit v současné společnosti (viz např. Annesi a Tennant, 2013).

Podle dosažených výsledků se lze domnívat, že v případě zahrnutí většího počtu respondentů by již bylo dosaženo statisticky významné změny vlastní účinnosti podle dotazníku GSE. Případně se nabízí sledování změny podle dotazníku GSE u účastníků absolvujících základní a pokračovací kurz STOB. Další variantou by mohlo být vytvoření vlastního dotazníku specifického pro české prostředí se začleněním položek dotazníku GSE. Podobně by bylo možné postupovat i u zkoumání sebehodnocení, i když zde jsou u populace STOB výsledky méně slibné a je otázkou, zda na základě intervence ve formě základního (případně i pokračovacího) kurzu STOB lze již v sebehodnocení pozorovat významnou změnu. Její výzkum v souvislosti s intervencemi dlouhodobějšího charakteru, jako například podle studie A, již ovšem může být na místě.

4.4.3. Shrnutí

V empirické části, v níž jsou popsány dvě dílčí studie, obě zaměřené na změnu kvality života v souvislosti s intervencí ke snížení nadváhy či obezity, byl prokázán významný vliv obou intervencí (chůze ve studii A, resp. základní kurz STOB ve studii B) na změnu kvality života. Z hlediska studie A mohou být výsledky významné vzhledem k tomu, že intervence je charakteru, který je relativně dostupný a realizovatelný pro zaměstnané, netréované dospělé. Studie B je potvrzením pozitivního vlivu základního kurzu STOB na kvalitu života, a zároveň naznačuje možnost ovlivnění sebehodnocení a vlastní účinnosti.

V dalším výzkumu se nabízí možnost návrhu dalších typů intervencí zaměřených ke snížení nadváhy či obezity, jež v současnosti představuje palčivý problém prakticky celé, tzv. západní společnosti. Takové intervence lze navrhovat s cílem pokrýt co nejširší populaci, například na základě zkoumání osobnosti či motivace. V této souvislosti lze zmínit jeden typ intervence, který již proběhl, a který využívá možností internetu – konkrétně telemetrického systému eVito (<http://stob2013.evito.cz/>). I v tomto kurzu byla pohybovou intervencí chůze (stejně jako ve studii A), všichni účastníci byli průběžně instruováni e-mailem s frekvencí jednou až dvakrát denně, kurz trval 12 týdnů stejně jako základní kurz STOB. Účastníci vystupovali jako soutěžící a měli značnou podporu komunitního webu. Dostávalo se jim průběžné bohaté zpětné vazby a podpory. Osobní setkání se konalo na začátku intervence, po pěti týdnech a na konci intervence. Konkrétně tento kurz probíhal od února do května 2013. Kurz se konal ve formě soutěže „Sedm stupňů ke změně životního stylu“. Účastníci v jeho

rámci opět vyplňovali dotazníky IWQOL-Lite, OWLQOL a WRSM na začátku a na konci (jednalo se o skupinu, kterou instruovala M. Skalská). Zpracování těchto dat, provedené autorkou předkládané práce, ukázalo velmi prudkou a statisticky významnou změnu kvality života v pozitivním smyslu. (Podrobnější informace lze získat od autorky této práce.) Tento kurz se snaží oslovit potenciální účastníky zapojením aspektu zábavy a aspektu soutěživosti, při využití možností, jež nabízejí elektronické prostředky. Tyto kurzy / soutěže běží i v letošním roce (viz <http://stob.evito.cz/Default.aspx>). Je zřejmé, že lze navrhovat různé intervence, v tomto či jiném stylu, a oslovovat tak čím dál širší okruh populace osob s nadváhou či obezitou.

5. Závěr

Předložená diplomová práce se zabývá různými aspekty životní spokojenosti a kvality života u somaticky nemocných, konkrétně u obézních. V teoretické části je pojednána kvalita života včetně osobní pohody a vlastní účinnosti, obezita včetně příčin a etiopatogeneze, a konečně psychologické souvislosti obezity, u vědomí, že všechny tyto oblasti jsou velmi široké a jsou předmětem neustálého vývoje. Empirická část se soustředí na zkoumání vlivu dvou pohybových intervencí na kvalitu života. V prvním případě je důraz kladen na možnost dlouhodobého ovlivnění kvality života u plně zaměstnaných dospělých. V druhém případě je zkoumán možný přesah absolvované intervence do oblasti sebehodnocení a vlastní účinnosti.

Přes omezení obou popisovaných studií, kterým je nízký počet respondentů, jsou výsledky z hlediska ovlivnění kvality života statisticky významné a velmi povzbuzující, včetně dlouhodobého ovlivnění kvality života, z hlediska ovlivnění sebehodnocení a vlastní účinnosti byl zjištěn pouze náznak možného působení, statistická významnost změny nebyla potvrzena. Přesto jsou i v této oblasti výsledky slibné a jsou v práci náležitě diskutovány.

Literatura

- Adámková, V. et al. (2009). *Obezita. Příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Brno: Facta Medica
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Allison, D. B., & Baskin, M. L. (2009). *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems: measures, theory, and research*. Sage Publications
- Annesi, J. J., & Tennant, G. A. (2013). Mediation of social cognitive theory variables in the relationship of exercise and improved eating in sedentary adults with severe obesity. *Psychology, Health & Medicine*, 18(6), pp. 714-724.
- Annis, H. M., & Davis, C. S. (1988). Assessment of expectancies. In: Donovan, D. M. & Marlatt, G. A., eds. *Assessment of addictive behaviors: Behavioral, cognitive and physiological procedures*. (pp. 198-213) New York: Guilford Press.
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: toward a new view of health and illness. *Advances. Journal of Mind-Body Health* 4, pp. 47-55.
- Baer, J. S., & Lichtenstein, E. (1988). Classification of smoking relapse episodes: An exploration of individual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp. 104-110.
- Balcar, K. (1983). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Praha: SPN.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barnard, K. D., Lloyd, C. E., & Skinner, T. C. (2007). Systematic literature review: quality of life associated with insulin pump use in type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*; 24(6): pp. 607-617.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs* 2: pp. 324-473.
- Bendlová, B., & Hainer, V. (2011). Studium genetických příčin obezity – současnost a perspektivy. In: Hainer, V. (Ed.). *Základy klinické obezitologie* (pp. 91-113). Praha: Grada Publishing.
- Bernier M., & Avard J. (1986). Self-efficacy, outcome, and attrition in a weight-reduction program. *Cognitive Therapy and Research* 10: pp. 319-338.

- Blatný, M., & Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, 38:6, pp. 481-489.
- Blatný, M., & Osecká, L. (1998). Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: osobnost a strategie zvládání. *Československá psychologie*, 42:5, pp. 385-394.
- Bonsaksen, T., Fagermoen, M., & Lerdal, A. (2014). Trajectories of self-efficacy in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study. *Psychology & Health*, 29(3), pp. 350-364.
- Bouchard, C. (2007). The biological predisposition to obesity: beyond the thrifty genotype scenario. *Int J Obes*; 31: pp. 1337-1339.
- Bray, G. (1998). Historical framework for the development of ideas about obesity. In: Bray G., Bouchard C., & James W. P. T. (eds). *Handbook of Obesity*. New York – Basel – Hong Kong, M. Dekker.
- Brownell, K. D., & O Neil, P. M. (1993). Obesity. In: Barlow, D. H. (Ed.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual* (pp. 318-361). New York: The Guilford Press.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life*. New York. Russell Sage Foundation.
- Carraça, E., Markland, D., Silva, M., Coutinho, S., Vieira, P., Minderico, C., & ... Teixeira, P. (2011). Dysfunctional body investment versus body dissatisfaction: Relations with well-being and controlled motivations for obesity treatment. *Motivation & Emotion*, 35(4), pp. 423-434.
- Centers for Disease Control and Prevention. Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia 2000.
- Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton C. A., & Rossi, J.S. (1991) Self-efficacy in weight management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: pp. 739-744.
- Cummins, R.A., & Lau, A.L.D. (2006). Using health and subjective wellbeing for quality of life measurement: A review. In: L. Bauld, K Clarke & T Maltby (Eds.), *Social Policy Review* 18, (pp. 165-192). Bristol: Policy Press.
- Danzer, G. et al. (2001). *Psychosomatika. Celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál.
- D'Argenio, A., Mazzi, C., Pecchioli, L., Di Lorenzo, G., Siracusano, A., & Troisi, A. (2009). Early trauma and adult obesity: Is psychological dysfunction the mediating mechanism?. *Physiology & Behavior*, 98(5), 543-546.
- De Fronzo, R. A. (2010). Insulin resistance, lipotoxicity, type 2 diabetes and atherosclerosis: the missing link. The Claude Bernard lecture 2009. *Diabetologia* 2010:53; pp. 1270-1287.

- Dragomirecká, E. (2006). Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL. Překlad položek a konstrukce škál. *Psychiatrie*, 10(2).
- Dragomirecká, E., Škoda, C. (1997). Kvalita života: vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 93:2, pp. 102-108.
- Duffey, K. J., Gordon-Larsen, P., Jacobs, D. R. Jr et al. (2007). Differential association of fast food and restaurant food consumption with 3-y change in body mass index: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. *Am J Clin Nutr*; 85: pp. 201-208.
- Džuka, J. (2004). Kvalita života a subjektívna pohoda - teórie a modely, podobnosť a rozdiely. In: J. Džuka (Ed.) *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, pp. 42-63.
- Emm, L. G., Gillison, F. B., & Juszczak, D. (2013). Support for obesity-related policy and its association with motivation for weight control. *Psychology, Public Policy, And Law*, 19(3), pp. 321-330.
- Faleide, A. O., Lian, L. B., & Faleide, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha, Grada
- Feltz, D. L., Short, S. E., & Sullivan, P. J. (2008). *Self-Efficacy in Sport. Research and strategies for working with athletes, teams, and coaches. Human Kinetics*. Champaign, IL, USA.
- Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum
- Fisher, K., & Kridli, S. (2014). The role of motivation and self-efficacy on the practice of health promotion behaviours in the overweight and obese middle-aged American women. *International Journal Of Nursing Practice*, 20(3), pp. 327-335.
- Flittner, A. E. (2013). The family influence on obesity and self-esteem and how obesity and self-esteem influences the family interactions later in life. *Dissertation Abstracts International*, 74.
- Foley K. F., DeSanty K. P., & Kast R. E. (2006). Bupropion: pharmacology and therapeutic applications. *Expert Rev Neurother* 6: pp. 1249–1265.
- Fox, K. R. (1999). Aetiology of obesity XI: Physical inactivity. In British Nutrition Foundation (Ed), *Obesity* (pp. 116-131). Oxford: Blackwell Scietific.
- Fried, M. (2011). Chirurgická léčba obezity. In: Hainer, V. (Ed.). *Základy klinické obezitologie* (pp. 325-338). Praha: Grada Publishing.
- Fuchsová, I. (2001). Obezita neboli touha po naplněném životě. In: Danzer, G. (Ed.). *Psychosomatika. Celostný pohled na zdraví těla i duše* (pp. 137-146). Praha: Portál.
- Gillernová, I., Kebza, V., Rymeš, M. et al. (2011). *Psychologické aspekty změn v české společnosti. Člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada

Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada

Haase, J. E., & Braden, J. B. (2003). Conceptualization and Measurement Quality of Life and Related Concepts: Guidelines for Clarity. In King, C. R., Hinds, P. S. *Quality of Life. From Nursing and Patient Perspective. Theory. Practice. Research.* (pp. 65-92). Second edition. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2003.

Hainer, V., & Bendlová, B. (2011). Etiopatogeneze obezity. In: Hainer, V. (Ed.). *Základy klinické obezitologie* (pp. 59-87). Praha: Grada Publishing.

Hainer, V. et al. (2011). *Základy klinické obezitologie*. 2. ed. Praha: Grada Publishing.

Hainer, V., Zamrazilová, H., Spálová, J. et al. (2008). Role of hereditary factors in weight loss and its maintenance. *Physiol Res*; 57 (suppl. 1): pp. S1-S16.

Hartl, P. a Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Herlesová, J., Knappová, D., Král, P., Slabá, Š., Staňková, V., Wagenknecht, M., & Žmolíková, J. (2013). *Doporučení k psychologickému vyšetření před bariatrickou operací*. Praha: Axonite CZ.

Heřmanová, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Hlúbik, P., & Vosečková, A. (2002). Stravovací zvyklosti a psychologické aspekty obezity. *Interní medicína pro praxi*, 11, pp. 545-547.

Hnilicová, H. (2005). Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: Payne, J. et al.: *Kvalita života a zdraví*, (pp. 205-216). Triton: Praha.

Hogenová, A. (2002). *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Karolinum.

Honzák, R. et al. (1992). *Základy lékařské psychologie, psychoterapie a psychosomatického přístupu*. Praha: Univerzita Karlova.

Howarth, N. C., Huang, T. T., Roberts, S. B. et al. (2007). Eating patterns and dietary composition in relation to BMI in younger and older adults. *Int J Obes (Lond)*; 31: pp. 675-684

Hrachovinová, T. & Chudobová, P. (2004). Body image a možnosti jeho měření. *Československá psychologie*, 48, pp. 499-509.

Hrachovinová, T., Csémy, L., & Chudobová, P. (2005). Psychologický kontext spokojenosti s vlastním tělem u VŠ studentů. *Československá psychologie*, 49, 1, pp. 9-18.

Janečková, H. (2005). Životní události a kvalita života. In: Payne, J. (Ed.). *Kvalita života a zdraví* (pp. 451-473). Praha: Triton.

Janoušek, J. (1992). Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Čs. psychologie* 36, pp. 385-398.

- Janyšková, A., & Konečný, Š. (2007). Motivace obézních pacientů k redukci hmotnosti – Aneb proč chtějí obézní ženy a muži hubnout? *Sociální procesy a osobnost*, Telč.
- Johnson, R. A., & Ruhl, J. M. (2000). *Kniha o spokojenosti. O cestách k nalezení vnitřní pohody a radosti*. Praha: Portál.
- Johnson, S. M. (2007). *Charakterové typy člověka. Terapeutická léčba raných poruch*. Brno: Computer Press.
- Kawachi, I. (1999). Physical and psychological consequences of weight gain. *J Clin Psychiatry* 60(Suppl 21): pp. 5-9.
- Kebza, V. (1999). Možnosti ovlivnění chování. *Postgraduální medicína* 1, 1, pp. 45-48.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kebza, V. (2014). Podpora a ochrana veřejného zdraví. In: Kebza et al., *Psycholog ve zdravotnictví*, (pp. 72-87). Praha: Karolinum.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, 47, 4, pp. 333-345.
- Kintrová, L., & Schneidrová, D. (2009). Osobní příčinná orientace a změna tělesné hmotnosti u účastnic kurzu snižování nadváhy. *Československá psychologie*, 53, 3, pp. 261-270.
- Kintrová, L., & Schneidrová, D. (2010). Může vlastní účinnost ve vztahu k příjmu potravy predikovat hmotností úbytek v kurzu snižování nadváhy? *Československá psychologie*, LIV, 3.
- Kocourek, J. (1991). *Heinz Kohut. Obnova self*. Edice psychoanalýza. Svazek 1. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Kocourek, J. (1992). *Horizonty psychoanalýzy*. Edice psychoanalýza. Svazek 2. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure? Edited by Arnold Goldberg, with the collaboration of Paul Stepansky*. University of Chicago.
- Kolotkin, R. L., Head, S., Hamilton, M. A., & Tse, C. T. J. (1995). Assessing impact of weight on quality of life. *Obes Res.* 1995;3, pp. 49-56.
- Komárek, S. (2005). *Spasení těla*. Praha: Mladá fronta.
- Kováč, D. (2001). Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Československá psychiatrie*, 1, pp. 34-43.
- Kovar, E. R. (2014). Building Exercise Self-Efficacy in Overweight and Obese Clients. *IDEA Fitness Journal*, 11(1), pp. 84-87.

- Krch, F. D. (2000). Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů. *Psychiatrie*, 4, pp. 231-235.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*. http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_kvalita.html 25.1.2014.
- Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie: Radost, naděje, odpouštění, smířování, překonávání negativních emocí*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2007). Kdy je člověk šťastný. *Psychologie dnes*, 14, 4, pp. 46-49.
- Křivohlavý, J. (2012). *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha, Grada.
- Kunešová, M., Müllerová, & D., Hainer, V. (2011). Epidemiologie a zdravotní rizika obezity. In: Hainer, V. (Ed.). *Základy klinické obezitologie* (pp. 15-34). Praha: Grada Publishing.
- Kyrou, I., & Tsigos, C. (2008). Chronic stress, visceral obesity and gonadal dysfunction. *Hormones*, 7: pp. 287-293.
- Le Masurier, G., Sidman, C. L., & Corbin, C. B. (2003). Accumulating 10 000 steps: Does this meet current physical activity guidelines? *RQES*, 74(4), pp. 389-394.
- Lobracó, M. L. (2014). Clinical perspectives on the relationship between sexual trauma and obesity in women. *Dissertation Abstracts International*, 74.
- Magee, Ch. A., & Heaven, P. C. L. (2011). Big five personality factors and 2-year weight gain in Australian adults. *Journal of research in personality*, 45, pp. 332-335.
- Málková, I. (2002). Kognitivně-behaviorální terapie obezity. *Postgraduální medicína*, 4: pp. 437-441.
- Málková, I. (2004). Efektivita kognitivně-behaviorální terapie v kurzech snižování nadváhy. *Výživa a potraviny*, 58, 4, pp. 88-89.
- Málková, I. (2005). *Manuál pro vedoucí kurzů snižování nadváhy*. Praha: STOB.
- Málková, I. (2011). Kognitivně-behaviorální přístup k léčbě obezity. In: Hainer, V. (Ed.). *Základy klinické obezitologie* (pp. 231-255). Praha: Grada Publishing.
- Málková, I., & Krch, F. D. (2001). *SOS nadváha. Průvodce úskalím diet a životního stylu*. Praha: Portál.
- Mandincová, P. (2011). *Psychosociální aspekty péče o nemocného. Onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada.
- Mareš, P. (2002). Pozitivní psychologie: Důvod k zamyšlení i výzva. *Československá psychologie*, XLVI, 2, pp. 97-117.
- Masten, A. S., & Reed, M-G. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder a S. J. Lopez (2002). *Handbook of positive psychology*. New York. Oxford University Press.

- Moncur, B., Bailey, B. W., Lockhart, B. D., LeCheminant, J. D., & Perkins, A. E. (2013). The Relationship of Body Size and Adiposity to Source of Self-Esteem in College Women. *American Journal Of Health Education*, 44(6), pp. 299-305.
- Možný, P., & Praško, J. (1999). *Kognitivně-behaviorální terapie*. Praha: Triton.
- Müllerová, D. (2009). Životní prostředí a riziko obezity. In: Müllerová D. et al. *Obezita – prevence a léčba*. Praha, Mladá fronta; pp. 122-125.
- Nakonečný, M. (1998). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Obesity – Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity 3-5 June 1997, WHO/NUT/NCD, Geneva 1998.
- O'Leary, E., & García-Martín, M. A. (2007). Quality of life. A holistic model. In Kotrlová, J. (ed.), *Mapping of Psychological Knowledge* (CD-ROM, 10th European Congress of Psychology). Praha: Union of Psychologists Associations of the Czech Republic.
- Padilla, G. V., Grant, M. M., & Ferrell, B. (1992). Nursing research into quality of life. *Qual Life Res.* 5: pp. 341-348.
- Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Rothman, M. (2004). Performance of Two Self-Report Measures for Evaluating Obesity and Weight Loss. *Obesity Research.* 12, pp. 48-57.
- Payne, J. et al. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Pearson, E. S., Irwin, J. D., Morrow, D., & Hall, C. R. (2012). The CHANGE Program: Comparing an interactive versus prescriptive obesity intervention on university students' self-esteem and quality of life. *Applied Psychology: Health & Well-Being*, 4(3), pp. 369-389.
- Peterson, C., Colvin, D., & Lin, E. H. (1992). Explanatory style and helplessness. *Social Behavior and Personality*, 20, 1, pp. 1-14.
- Piřhová, P., Slabá, Š., & Štechová, K. (2014). *Není bezvýchodných situací aneb příběhy lidí s diabetem*. Praha: Maxdorf.
- Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Praško, J. et al. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 51(3): pp. 390-395.
- PROQOLID. (2013). Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database, [online] <http://www.qolid.org/proqolid/>.
- Romaquera, D., Norat, T., Mouw, T. et al. (2009). Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower abdominal adiposity in European men and women. *J Nutr*; 139 (9): pp. 1728-1737.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol*, 69(4), pp. 719-727.

Říhová, M. et al. (2010). *Lékaři na dvoře Karla IV. a Jana Lucemburského*. Praha: Paseka.

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). The relationship between borderline personality and obesity. *Innov Clin Neurosci*, 10(4), pp. 36-40.

Sebby, R. A., & Snell, W. E. Jr. (2002). Chapter 8: Effects of age, gender, and personality on preventive health behaviors. In W. E. Snell, Jr. (Ed.), *Progress in the study of physical and psychological health*. Cape Girardeau, MO: Snell Publications. <http://cstl-cla.semo.edu/snell/books/health/health.htm>.

Seligman, M. E. P. (1990) *Learned Optimism*. New York: Pocket books.

Seligman, M. E. P. (2003). *Opravdové štěstí. Pozitivní psychologie v praxi*. Praha: Ikar – Euromedia group.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist* 55, 2000, 1, pp. 5-14.

Scholz, U., Doña, B. G., Shonali, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), pp. 242-251.

Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology and Health*, 9, pp. 161-180.

Schwarzer, R., & Fuchs, R. (2002). Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. In: A. Bandura (Ed.) *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sirgy, M. J. (2002). *The psychology of quality of life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Skalská, M., & Bunc, V. (2012). *Režimová opatření pro ovlivnění nadváhy a obezity u žen středního věku*. Scientia Movens, poster.

Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.

Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry* 13(4), pp. 249-275.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, pp. 570-585.

Stunkard, A. J., Harris, J. R., Pedersen, N. L. et al. (1990). The body mass index of twins who have been reared apart. *N Engl J Med*; 322: pp. 1483-1487.

- Svačina, Š. et al. (2010). *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén.
- Šolcová, I., & Kebza, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, XLIII, 1, pp. 19-38.
- Šolcová, I., & Kebza, V. (2004). Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In: H. Hnilicová (Ed.): *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, pp. 21-32.
- Štich, V. (2011). Pohybová aktivita v prevenci a léčbě obezity. In: Hainer, V. (Ed.). *Základy klinické obezitologie* (pp. 217-229). Praha: Grada Publishing.
- Taillefer, M. Ch., Dupuis, G., Roberge, M. A., & Le May, S. (2003). Health-related quality of life models: Systematic review of the literature. *Social Indicators Research* 64: pp. 293-323.
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Development and psychometric properties. *Soc Sci Med*; 46: pp. 1569-1585.
- Veenhoven, R. (2000). The Four Quality of Life. Ordering Concepts and Measures of the Good Life. *Journal of Happiness Studies*, 1, pp. 1-39.
- Wadden, T. A., Womble, L. G., Stunkard, A., & J. Anderson, D. A. (2002). Psychosocial consequences of obesity and weight loss. In: Wadden, T. A. Stunkard, A. J. (Eds.). *Handbook of Obesity Treatment* (pp. 144-186). New York: The Guilford Press.
- Wagenknecht, M. (2011). Úloha psychologické péče při léčbě obezity. In: Hainer, V. (Ed.). *Základy klinické obezitologie* (pp. 257-273). Praha: Grada Publishing.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), pp. 1063-1070.
- WHOQOL (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment. Position Paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 10, pp. 1403-1409.

Vybrané online zdroje:

Centers for Disease Control and Prevention, <http://www.cdc.gov/>

Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě Toronto,

<http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>, <http://www.utoronto.ca/qol/projects.htm>

Český statistický úřad, <http://www.czso.cz>

Encyclopedia, Wikipedia, http://en.wikipedia.org/wiki/Human_Development_Index/

EORTC QOL Group, <http://www.eortc.be/home/qol>

Health & Quality of Life Research Centre, <http://www.plymouth.ac.uk/>

Health and Quality of Life Outcomes, <http://www.hqlo.com/>

Institute for Research of QOL, <http://www.worldvaluesurvey.org/statistics>

International Society for Quality of Life Studies, <http://www.isqols.org/>

International Society for Quality of Life Research, <http://www.isoqol.org/>

Obezita v ČR a ve světě, <http://www.obezita.cz/obezita/v-cr-a-ve-svete/>

PROQOLID, <http://www.proqolid.org/>

Pubmed, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Sebekoučink, <http://www.stobklub.cz>

The Manifesto for Wellbeing, <http://www.wellbeingmanifesto.net/>

The Seattle Quality of Life Group, <http://depts.washington.edu/yqol/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, <http://www.uzis.cz/>

Velký lékařský slovník on-line, <http://www.maxdorf.cz/maxd>

WHO (2014). http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/index.html,
<http://www.who.in/ew/>

Wikiskripta, <http://www.wikiskripta.eu/>

Přílohy

Příloha č. 1 – Intervenční program s chůzí

Cílem výzkumu (jehož součástí je studie A v této diplomové práci) je vytvoření a realizace pohybového programu pro plně zaměstnané dospělé, který povede k aktivnímu životnímu stylu a tím i k ovlivnění nadváhy a obezity. Vědecká otázka zní, zda se dá pomocí pohybové ovlivnit dlouhodobě životní styl dospělých osob, plně zaměstnaných, s cílem ovlivnění nadváhy a obezity. Tento výzkum pracuje s následujícími hypotézami:

- Lze navrhnout pohybovou intervenci, která u plně zaměstnaných dospělých vyvolá významné snížení nadváhy nebo obezity.
- Pohybová intervence ovlivní kvalitu svalové hmoty hodnocenou pomocí složek beztukové hmoty ECM a BCM.
- Poměr ECM/BCM se nebude lišit u jedinců obézních a jedinců s normální hmotností – předpoklady pro pohybovou intervenci jsou podobné.
- Navržená pohybová intervence významně ovlivní složky tělesné zdatnosti.

Je sledována stále stejná skupina žen (průběžně od podzimu 2010), které mají možnost do výzkumu vstoupit v průběhu základního kurzu STOB, tedy všechny před intervencí mají absolvován tento základní kurz. Účastnice jsou sledovány po dobu až 3 let a pohybovou intervencí je chůze. V úvodu intervence je 14 dní sledován běžný pohybový režim klientek, tj. co nejpřesněji jejich dosavadní pohybová aktivita. Po zahájení intervence je cílem navýšit pohybovou aktivitu min. o 30% než dosud, resp. snažit se dosahovat 10 000 kroků denně. Počty kroků se sledují pomocí krokoměrů, z nichž se nahrávají záznamy do počítače. Po uplynutí 20ti týdnů, tj. první intervence, dostanou účastnice opět krokoměr, a před následující kontrolou jsou opět 20 týdnů sledovány. Data z krokoměru za posledních 20 týdnů se opět nahrají do počítače. Kontroly se opakují nejvýše třikrát, tedy do dosažení 3 let sledování. Při

každé kontrole se provádějí průběžná vyšetření – fyzikální a obezitologické. Dále se vyplňují dotazníky.

Mezi hlavní zjišťované informace a prováděná vyšetření patří: věk, výška, váha, obvod v pase, LHK, PHK (krevní tlak měřený na levé, resp. pravé horní končetině), MS (metabolický syndrom), BMI (dopočten), medikace, postmenopauzální – ano/ne, přidružená onemocnění, zaměstnání, procento tuku, TPH (tukuprostá hmotnost), ECM/BCM (extracelulární / celková buněčná hmota), zda účastnice byla baculaté dítě, průběh nárůstu hmotnosti, nadváha u rodičů – ano/ne, pozitivní kardio RA (kardiologická rodinná anamnéza), stanovení glukózy, celkového cholesterolu, TG (triglyceridy), HDL (vysokodenzitní lipoprotein), LDL (nízkodenzitní lipoprotein), aterogenní index (celkový cholesterol / HDL cholesterol).

Účastnice vyplňují tyto dotazníky: Dotazník kvality života (WHOQOL-BREF), dále IWQOL-Lite, OWLQOL, WRSM a dotazník pohybové aktivity navržený M. Skalskou. Tento dotazník sleduje, jaké pohybové aktivity se účastnice věnují (chůze, jogging nebo běh, cyklistika / rotoped, plavání, aerobní cvičení / kondiční cvičení / kalanetika / tanec, středně namáhavý sport (např. volejbal), namáhavý raketový sport (např. squash), jiný namáhavý sport nebo cvičení obsahující běh (např. basket), jiné aktivity, silový trénink, domácí aktivity, zahradnické práce), kolikrát týdně, průměrné trvání jednoho cyklu / kolik hodin týdně. U chůze se dále sleduje ušlá vzdálenost, čas strávený chůzí za den / týden, rychlost chůze. Dále dotazník obsahuje další dvě otázky: kolikrát týdně účastnice provozují namáhavou fyzickou aktivitu dostatečně dlouhou dobu, aby se zapotily, a jakou vzdálenost ujdou při cestě do práce a zpět, a zda se jedná o pravidelnou (jak častou) nebo nepravidelnou aktivitu.

Všechny účastnice této studie jsou zároveň vyšetřeny fyzioterapeutem, jsou tudíž upozorněny na hlavní svalové dysbalance, mají doporučeno i řešení např. bolestí zad, kolen, doporučení vhodné obuvi a další podle individuálních potíží.

Data jsou zpracovávána v rámci disertační práce MUDr. M. Skalské s názvem Ovlivnění nadváhy a obezity žen středního věku pohybovou intervencí, školitel doc. MUDr. Jan Heller, CSc., Fakulta tělesné výchovy a sportu, UK, studijní program: kinantropologie, studijní obor: kinantropologie.

Příloha č. 2 – Základní kurz STOB

Struktura základního kurzu je následující: kurz trvá 12 týdnů, účastníci (je přístupný ženám i mužům) se scházejí ve skupině jednou týdně na tři hodiny. Jedna hodina je věnována pohybové aktivitě respektující zdravotní omezení pro cvičení obézních, ovšem o takové intenzitě, aby docházelo ke spalování tuků. Další dvě hodiny jsou vyhrazené pro psychoterapeutické působení, které se zaměřuje na zmapování chyb a jejich postupné odstraňování. Cílem přitom není ochuzovat požitky z jídla, ale postupně měnit nevhodné stravovací a pohybové návyky tak, aby hubnoucí dosáhli nejen trvalých váhových úbytků, ale i zvýšení kvality života. Průměrný váhový úbytek během kurzu činí 6,5 kg (Málková, 2011).

V průběhu kurzu si účastníci postupně osvojují nové stravovací a pohybové návyky a zabudovávají je do svého životního stylu. Změny se uskutečňují pomalu a jsou pozitivně posilovány s cílem jejich udržení, až se po určité době zautomatizují a posléze zvýší kvalitu života účastníka. Ke každé lekci dostávají účastníci brožury, s nimiž pracují. V následující tabulce 4 je stručně nastíněn obsah jednotlivých lekcí, jejich obsáhlejší popis lze nalézt v dostupné literatuře (viz např. Málková, 2011; Málková, 2005).

Tabulka 18. Stručný popis základního kurzu STOB

	Obsah lekcí kurzu STOB
1. lekce	Zaměřena na dílčí část techniky sebekontroly – na sebezpozorování, zjišťuje se rovněž motivace.
2. lekce	Věnována analýze jídelního chování a zahájení práce na postupných změnách ve stravovacích a pohybových návycích. Účastníci za pomoci terapeuta analyzují své dosavadní chyby. Od 2. lekce se začíná zapisovat jídelníček.
3. a 4. lekce	Zaměřeny na ovlivňování chování účastníků, tedy na přebudování nevhodných stravovacích návyků. Dále je kladen důraz na zvyšování příjmu tekutin.
5. lekce	Věnována úloze aktivního pohybu. Každý účastník si během kurzu má najít takový druh pohybu, který jej bude těšit a bude pro něho vhodný druhem, intenzitou a frekvencí.

6. až 9. lekce	Použití technik ke kontrole podnětů spouštějících jídlo. Cílem je identifikovat nevhodné myšlenky a nahradit je vhodnějšími pomocí technik kognitivní terapie.
10. lekce	Navazuje na 2. lekci s tím, že pro udržení hmotnostních úbytků nestačí techniky sebekontroly, ale také vnější posilování terapeutem či členy skupiny. Zaměření na to, aby i po skončení kurzu měl účastník někoho, kdo mu bude dále oporou. Dále základní techniky asertivity.
11. lekce	Přehled pomůcek vycházejících z kognitivně-behaviorálních technik. Účastníci se v krizových případech nejčastěji vracejí k záznamům stravovacích návyků.
12. lekce	Zdůraznění toho, že hubnutí a udržení hmotnostního úbytku jsou dva odlišné procesy. Zaměření na vhodnost další případné redukce hmotnosti a na budoucnost, možnosti kontaktů aj.

V rámci kurzu se klade důraz na kontrolu konzumovaného jídla a jeho složení a energetického obsahu, dále na dodržování pitného režimu. Tyto údaje se průběžně zapisují do záznamového archu, případně se zapisují prostřednictvím internetu. Průběžně jsou představovány výrobky, s nimiž se lze na českém trhu setkat, případně s ochutnávkou, což se týkalo například bílkovinného výrobku Šmakoun, známého rovněž pod označením Smacker. Různé výrobky lze na kurzu přímo zakoupit. Tímto způsobem se účastníci postupně učí sledovat a kontrolovat vlastní stravovací návyky a získávají orientaci v dostupném spektru potravin, jejich složení, jejich vhodných a chuťově atraktivních kombinací. Kromě záznamu stravy se při každé lekci měří hmotnost. Dále se na začátku a na konci kurzu měří charakteristiky, které jsou uvedené v následujícím seznamu:

- BMI
- Množství tuku
- Množství svalové hmoty
- Viscerální tuk
- Bazální metabolismus
- Obvod přes: paže, prsa, pas, boky, stehno
- Hmotnost (měří se při každé lekci)

Každý účastník si na začátku kurzu rovněž sám stanoví, o kolik hodlá do konce kurzu zhubnout. Kurz je celkově koncipován tak, aby podporoval motivaci, postupné a dlouhodobé změny v chování a myšlení, jeho složka zaměřená na pohybovou aktivitu vede k osvojení si návyku na pravidelné cvičení a umožňuje nalézt vhodnou pohybovou aktivitu pro daného účastníka, a rovněž zahrnuje podstatnou vzdělávací složku, jelikož v průběhu kurzu získávají účastníci podstatné informace o výživových charakteristikách potravin.

První dvě hodiny jsou věnovány skupinové psychoterapii kombinované s výkladovou částí, třetí hodina je věnována cvičení. Od začátku se sleduje skladba redukčního jídelníčku, který ilustruje obrázek 12, a který se postupně upřesňuje a diskutuje v dalších hodinách. Od druhé hodiny se zapisuje jídelníček, viz obrázek 13, do něhož se od 3. hodiny přidává i zapisování pitného režimu. Pro zájemce je k dispozici webová stránka <http://www.kaloricketabulky.cz> jako alternativa pro zapisování konzumované stravy, tedy místo ručního vyplňování a odevzdávání tabulek. Na dalších setkáních se doplňují další informační materiály, rozšiřují se dosavadní znalosti a upevňují se nově budované návyky, spolu s pokračujícím cvičením.

Skladba cvičení je rovněž pestrá. Jeho záměrem je nastartovat pravidelnou tělesnou aktivitu, jejíž míra zátěže odpovídá osobám s nadváhou až obezitou, a zároveň představit různé možnosti sportování, aby si účastníci mohli následně pro sebe vybrat to, co jim bude nejlépe vyhovovat. Konkrétně během kurzu v Lysé nad Labem byly zařazeny tyto druhy cvičení:

- Pilates, body s pomůckami
- Aerobic
- Body styling – overbally
- Pilates – kruhy
- Zumba
- Fitbally – velké balóny
- Power joga
- Aerobic, P-class – gumičky, činky
- Nordic walking
- Bossu

DOPORUČENÍ PRO SKLADBU REDUKČNÍHO JÍDELNÍČKU

Doporučení: - vypít denně 1,5 -2l **neslazených tekutin**
- jíst 5x denně a pravidelně!
- **maximálně** 200g ovoce / denně pouze v dopoledních hodinách
- **minimálně** 400g zeleniny v průběhu celého dne
- 1- 2 kusy pečiva / den nejpozději do 14 hodin
- přílohu pouze v poledne

Snídaně:

Slaná – 50g pečiva + 50-100g plátkový sýr, šunka, tvaroh. pomazánky, vejce, cottage, žervé, mléčné výrobky nebo
sladká - müsli (**denní dávka 30g**) nebo kousek sladkého pečiva vždy s mlékem nebo jogurtem

Sladkou snídani max. 3x v týdnu, měla by převažovat snídaně s pečivem!

Dopolední svačina:

sacharidy – 1 ks ovoce max.200g nebo müsli tyčinka, sušenky s vlákninou nebo mléčné výrobky (jogurty, tvarohy..).

V případě sladké snídaně, nebude již sladká svačina - 1 ks pečiva + šunka, sýr, vejce, pomazánky, cottage nebo mléčné výrobky.

Oběd: dle vlastního výběru, méně tučná varianta, - maso, příloha a zelenina
Místo přílohy můžete použít pečivo.

Odpolední svačina:

bílkoviny – tvarohy, jogurty, kysané mléčné nápoje, zeleninové saláty, sýr, šunka, vejce, rybí výrobky (ne v oleji a v majonéze....). Ovoce pouze v případě, že budete cvičit.

Večeře: základem bílkoviny (maso, ryby, sýry, kvalitní uzeniny, luštěniny, mléčné výrobky) + zelenina

Večeře II.: zelenina, mléčné výrobky, sýry

Odpolední svačina a večeře již musí být bez pečiva. Rychlou odpolední svačinou jsou kysané mléčné nápoje, kefíry...atd.. Vybírejte neochucené, u ochucených pozor na cukr. Mléčné výrobky – jogurty, tvarohy a kysané nápoje můžeme v průběhu celého dne. Pokud by vám odpoledne nebo večer chybělo pečivo, dejte si 3-4 plátky knäckebrotu. Poslední jídlo 2 hodiny před spaním.

Obrázek 12. Úvodní doporučení pro skladbu redukčního jídelníčku

Příloha č. 3 – Baterie dotazníků

Dotazník Obezita a hubnutí. Dotazník kvality života. (OWLQOL)

Vaše pocity ohledně nadváhy

Následuje seznam tvrzení o kvalitě života v souvislosti s nadváhou a pokusy o zhubnutí.

U každého následujícího tvrzení označte křížkem ☐ jeden čtvereček, který v současnosti nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

	VŮBEC NE	SKORO NE	PONĚKUD	STŘEDNĚ	CELKEM DOST	HODNĚ	NEJVÍCE
1. Kvůli své nadváze se snažím nosit oblečení, které zakrývá mé proporce. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. Rozčiluje mě, že mám kvůli své váze méně energie. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. Kvůli nadváze se cítím při jídle provinile. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4. Vadí mi, co si ostatní povídají o mé nadváze. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5. Kvůli nadváze se snažím vyhnout tomu, aby mě někdo fotografoval. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6. Kvůli nadváze musím věnovat hodně pozornosti osobní hygieně. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
7. Nadváha mně brání dělat to, co bych chtěl(a). (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
8. Mám obavy z toho, že moje nadváha představuje pro tělo velkou fyzickou zátěž. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
9. Vadí mi, že nemohu kvůli své váze jíst to, co ostatní. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10. Jsem nešťastný(á), deprimovaný(á) kvůli své nadváze. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11. Připadám si ošklivý(á) kvůli své nadváze. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
12. Mám obavy z budoucnosti kvůli nadváze. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

13. Závidím štíhlým lidem. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
14. Mám pocit, že si mě lidé kvůli mé nadváze prohlížejí. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
15. Je pro mě těžké přijmout svoje tělo kvůli nadváze. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
16. Mám strach, že to, co zhubnu, zase přiberu. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
17. Snadno ztrácím odhodlání, když se snažím zhubnout. (Označte, prosím, jednu odpověď.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Projděte si, prosím, znovu otázky, na které jste odpovídal(a), a zkontrolujte, zda jste žádnou nevynechal(a). Poté obraťte na další stránku k následujícímu dotazníku.

Dotazník příznaků způsobených nadváhou. (WRSM)

Příznaky způsobené nadváhou a do jaké míry Vám vadí

U každé z uvedených otázek si přečtete seznam příznaků a zakřížkujete čtvereček ☐, který nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

a. Měl(a) jste v posledních 4 týdnech následující příznaky?			b. Pokud ano, jak moc Vám tyto příznaky vadily?						
NE	ANO	PŘÍZNAKY	VŮBEC NE	SKORO NE	PONĚKUD	STŘEDNĚ	CELKEM DOST	HODNĚ	NEJVÍCE
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	dýchavičnost	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	únava	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	potíže se spaním	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	citlivost na chlad	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	nadměrná žízeň	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	zvýšená podrážděnost	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	bolesti zad	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	časté močení	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	bolesti kloubů (kyčle, kolena apod.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	zadržování tekutiny (vody) v těle	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	potíže s chodidly (bolest, křeče apod.)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	citlivost na horko	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	chrápání	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	zvýšená chuť k jídlu	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	únik moči	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	slabost, motání hlavy	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	zvýšená potivost	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	ztráta sexuální touhy	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	snížená fyzická výdrž	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	podráždění kůže	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

Projděte si, prosím, znovu otázky, na které jste odpovídal(a), a zkontrolujte, zda jste žádnou nevynechal(a).

Dotazník dopadu tělesné hmotnosti na kvalitu života. (IWQOL-Lite)

Tělesná hmotnost a kvalita života

Odpovězte, prosím, na následující tvrzení tak, že zakroužkujete číslo, které nejlépe vystihuje Vaši situaci za poslední týden. Snažte se o maximální upřímnost. Nejde zde o správné či nesprávné odpovědi.

Fyzická kondice	VŽDY	OBVYKLE	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
1. Kvůli nadváze je pro mne obtížné něco zvednout ze země.	5	4	3	2	1
2. Kvůli nadváze je pro mne obtížné si zavázat tkaničky u bot.	5	4	3	2	1
3. Kvůli nadváze je pro mne obtížné se zvednout ze židle.	5	4	3	2	1
4. Kvůli nadváze je pro mne obtížné chodit po schodech.	5	4	3	2	1
5. Kvůli nadváze je pro mne obtížné se obléknout nebo svléknout.	5	4	3	2	1
6. Kvůli nadváze mám potíže s pohybem (někam dojít).	5	4	3	2	1

7.	Kvůli nadváze je pro mne obtížné přehodit nohu přes nohu.	5	4	3	2	1
8.	I při malé námaze se snadno zadýchám (např. když vyjdu pár schodů).	5	4	3	2	1
9.	Trápí mě bolesti nebo špatná pohyblivost kloubů.	5	4	3	2	1
10.	K večeru mívám oteklé kotníky.	5	4	3	2	1
11.	Dělám si starosti se svým zdravotním stavem.	5	4	3	2	1
12.	Kvůli nadváze je pro mne obtížné doběhnout dopravní prostředek.	5	4	3	2	1
13.	Kvůli nadváze je pro mne obtížné vykonávat fyzickou aktivitu (cvičení, cyklistika, míčové hry apod.).	5	4	3	2	1
14.	Aktivní pohyb mi nepřináší radost.	5	4	3	2	1

Sebedůvěra		VŽDY	OBVYKLE	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
1.	Kvůli nadváze se cítím trapně.	5	4	3	2	1
2.	Kvůli nadváze je moje sebedůvěra nižší, než by mohla být.	5	4	3	2	1
3.	Kvůli nadváze si nejsem jistý/á sám/sama sebou.	5	4	3	2	1
4.	Kvůli nadváze se nemám rád(a).	5	4	3	2	1
5.	Kvůli nadváze se bojím odmítnutí.	5	4	3	2	1
6.	Kvůli nadváze se nerad(a) dívám do zrcadla nebo na své fotografie.	5	4	3	2	1
7.	Kvůli nadváze mě přivádí do rozpaků se ukazovat na veřejnosti.	5	4	3	2	1

Sexuální život		VŽDY	OBVYKLE	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
1.	Kvůli nadváze mě netěší sex.	5	4	3	2	1
2.	Kvůli nadváze moc po sexu netoužím.	5	4	3	2	1
3.	Kvůli nadváze je pro mne obtížné provádět sexuální aktivity.	5	4	3	2	1
4.	Kvůli nadváze se vyhýbám erotickým vztahům, jak je to jen možné.	5	4	3	2	1

Společenské vztahy a problémy na veřejnosti	VŽDY	OBVYKLE	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
1. Kvůli nadváze se setkávám s posměchem, zlomyslnými vtipy nebo nežádoucí pozorností.	5	4	3	2	1
2. Kvůli nadváze mám obavy, že se na veřejnosti nevejdou na sedadlo (např. v divadle, kině, restauraci, v autě nebo letadle).	5	4	3	2	1
3. Kvůli nadváze mám obavy, že neprojdou uličkou nebo turnikety.	5	4	3	2	1
4. Kvůli nadváze mám obavy, že nenajdu židli, která by mě unesla.	5	4	3	2	1
5. Kvůli nadváze se setkávám s diskriminací (znevýhodněním).	5	4	3	2	1
6. Kvůli nadváze se vyhýbám společenským aktivitám.	5	4	3	2	1
7. Kvůli nadváze se stydím jíst na veřejnosti.	5	4	3	2	1
8. Kvůli nadváze nemohu podřídít své oblečení módním trendům.	5	4	3	2	1
9. Kvůli nadváze se nemohu účastnit všech rodinných aktivit (turistika, zimní sporty apod.).	5	4	3	2	1

Práce (pozn.: pokud nejste zaměstnán(a), odpovězte s ohledem na Vaše každodenní činnosti)	VŽDY	OBVYKLE	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
1. Kvůli nadváze je pro mne obtížné se starat o své záležitosti a plnit své povinnosti.	5	4	3	2	1
2. Kvůli nadváze jsem méně výkonný/á, než bych mohl(a) být.	5	4	3	2	1
3. Kvůli nadváze se mi v práci nedostává odpovídajícího platového postupu, povýšení nebo uznání.	5	4	3	2	1
4. Kvůli nadváze mám obavy chodit na přijímací pohovory.	5	4	3	2	1
5. Kvůli nadváze se cítím méněcenně vůči kolegům, přestože jsem stejně výkonný/á.	5	4	3	2	1

Rosenbergova škála sebehodnocení (RSE)

Sebehodnocení

Níže je seznam výroků týkajících se Vašeho pocitu ze sebe samého. Pokud silně souhlasíte, zakroužkujte (SS). Pokud s tvrzením souhlasíte, zakroužkujte (S). Pokud nesouhlasíte, zakroužkujte (N). Pokud silně nesouhlasíte, zakroužkujte (SN).

	SILNĚ SOUHLASÍM		SILNĚ NESOUHLASÍM	
1. Jsem vcelku spokojený/á se sebou samým.	SS	S	N	SN
2. Občas si myslím, že nejsem vcelku dobrý člověk.	SS	S	N	SN
3. Cítím, že mám řadu dobrých vlastností.	SS	S	N	SN
4. Jsem schopen/schopna dělat věci stejně dobře jako většina druhých lidí.	SS	S	N	SN
5. Cítím, že toho není mnoho, na co bych mohl(a) být hrdý/á.	SS	S	N	SN
6. Občas se cítím jako neužitečný člověk.	SS	S	N	SN
7. Cítím, že jsem alespoň stejně hodnotný člověk jako ostatní lidé.	SS	S	N	SN
8. Přál(a) bych si mít k sobě samotnému/samotné více úcty.	SS	S	N	SN
9. Celkově mám sklony cítit se jako neúspěšný člověk.	SS	S	N	SN
10. Zaujímám k sobě pozitivní vztah.	SS	S	N	SN

Dotazník obecné vlastní efektivity (GSE)

Obecná vlastní efektivita (neboli: vnímaná vlastní účinnost, sebeuplatnění, osobní zdatnost)

Pro položky 1 až 10 použijte tuto škálu: 1 = naprosto nesouhlasím, 2 = spíše nesouhlasím, 3 = spíše souhlasím, 4 = naprosto souhlasím.

	NAPROSTO NESOUHLASÍM		NAPROSTO SOUHLASÍM	
1. Když se něco postaví proti mně, můžu nalézt způsob, jak dosáhnout toho, čeho dosáhnout chci.	1	2	3	4
2. Když se o to opravdu usilovně snažím, pak můžu zvládnout i nesnadné problémy.	1	2	3	4
3. Pro mne je poměrně snadné držet se svých předsevzetí a dosáhnout cílů, které si stanovím.	1	2	3	4
4. Díky svým zkušenostem a možnostem vím, jak zvládat neočekávané situace.	1	2	3	4
5. Důvěřuji si plně, že zvládnou neočekávané situace.	1	2	3	4
6. Když se dostanu do obtíží, pak se můžu plně spolehnout na své schopnosti.	1	2	3	4
7. Bez ohledu na to, co se děje, jsem obvykle schopný/á vypořádat se s tím.	1	2	3	4
8. Vynaložím-li na to potřebné úsilí, pak můžu najít řešení pro téměř každý problém.	1	2	3	4
9. Pokud stojím před něčím novým, vím, jak se s takovou situací vyrovnat.	1	2	3	4
10. Pokud se vynoří nějaký problém, můžu ho zvládnout vlastními silami.	1	2	3	4